

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

Sesuai dengan rumusan masalah dan tujuan penelitian, teridentifikasi variabel penelitian meliputi: 1) variabel independen (eksogen), yaitu: usia, sikap, pengalaman, motivasi, kompensasi, beban kerja, pendidikan dan pelatihan, supervisi, persepsi tentang keseriusan, dan persepsi tentang manfaat; 2) variabel terikat (indogen), yaitu kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan. Landasan teori dalam penelitian ini meliputi: 1) teori induk (*grand theory*), yaitu teori perubahan sosial bidang kesehatan, teori promosi kesehatan dan pemberdayaan, 2) teori menengah (*middle theory*), yaitu pembinaan sumber daya manusia sedini mungkin dan kemandirian, 3) teori dasar (*low theory*) yaitu menggunakan teori perilaku kesehatan. Dengan demikian, sistematika penyajian tinjauan pustaka adalah sebagai berikut:

1. Teori Induk (*Grand Theory*): Teori Perubahan Sosial

a. Promosi kesehatan dan pemberdayaan

1) Pengertian promosi kesehatan

Promosi kesehatan adalah proses yang memungkinkan seseorang meningkatkan kontrol atas determinan kesehatan, sehingga dapat meningkatkan kesehatan mereka (Pavlekovic *et al.*, 2007). Promosi kesehatan juga diartikan bahwa: promosi kesehatan dimulai ketika orang-orang yang pada dasarnya sehat dan mencari ukuran pengembangan masyarakat dan pengembangan individu yang dapat membantu mereka mengembangkan gaya hidup yang dapat mempertahankan dan meningkatkan tingkat kesejahteraan (O'Donnell, 2009).

“Promosi kesehatan merupakan upaya peningkatan derajat kesehatan melalui upaya memperkenalkan, menyebarluaskan, memasarkan, dan “menjual” informasi, pesan - pesan kesehatan, dan program kesehatan sehingga masyarakat menerima dan melaksanakan pesan-pesan kesehatan tersebut” (Sulaeman, 2014).

commit to user

Sementara pengertian promosi kesehatan menurut WHO (2005) pada *Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*, yaitu promosi kesehatan adalah proses yang memungkinkan orang untuk meningkatkan kontrol atas kesehatan mereka dan faktor-faktor penentunya, dan dengan demikian meningkatkan kesehatan mereka. Promosi kesehatan tidak hanya berfokus pada perilaku individu saja, akan tetapi mencakup berbagai intervensi sosial dan lingkungan, yang dirancang untuk memberikan manfaat dan perlindungan kesehatan serta meningkatkan mutu hidup individu dengan menanggulangi sumber masalah, tidak sekedar menitik beratkan pada pengobatan dan penyembuhan. Promosi kesehatan juga mencakup berbagai kebijakan publik yang berhubungan dengan berbagai faktor yang memengaruhi kesehatan, diantaranya adalah pendapatan, perumahan, ketahanan pangan, lapangan kerja, dan kondisi tempat bekerja (WHO, 2005).

2) Pengertian pemberdayaan

Istilah pemberdayaan lebih sering diterapkan dalam kerangka pembangunan dan meniadakan semua bentuk kemiskinan, karena berkembang dari kenyataan ketidakberdayaan atau ketidakmampuan individu maupun masyarakat. Aspek-aspek ketidakmampuan yang dimaksud meliputi: pengetahuan, pengalaman, sikap, ketrampilan, modal usaha, jaringan, ketekunan, dan lain-lainnya (Anwas, 2014). Pemberdayaan diadaptasikan dari istilah *empowerment*, yaitu konsep yang berhubungan dengan kekuasaan (*power*). Kekuasaan dalam hal ini dapat disamakan dengan kapasitas individu untuk membuat dirinya atau pihak lain menjadi lebih berdaya dari sebelumnya, karena memang individu tersebut sebenarnya memiliki daya atau potensi yang dapat menjadikan mereka untuk menjadi lebih bertanggung jawab (Sukino, 2013).

Pemberdayaan juga dapat diartikan sebagai upaya untuk meningkatkan derajat kemuliaan dan harga diri masyarakat, dalam arti upaya individu dan masyarakat untuk dapat melepaskan dari semua bentuk kemiskinan dan keterbelakangan dengan mengandalkan kekuatannya sendiri. Memberdayakan adalah upaya menguatkan berbagai unsur keberdayaan untuk memampukan dan memandirikan masyarakat (Anwar, 2007; Mardikanto, 2010). Labonte &

Laverack (2008) menyebutkan bahwa pemberdayaan masyarakat melibatkan beberapa komponen, diantaranya adalah pemberdayaan personal, pengembangan kelompok kecil, pengorganisasian masyarakat, kemitraan, aksi sosial dan politik.

Perkembangan saat ini, di era teknologi dan komunikasi yang sudah berkembang dengan pesat, agen pemberdayaan sebagai agen pembaharu sudah bukan sebagai nara sumber utama yang segalanya lebih mampu dibanding dengan kliennya. Berbeda dengan zaman dahulu agen pembaharu dianggap sebagai orang yang maha tahu dan sebagai panutan. Saat ini tuntutan masyarakat terus berkembang, dan beragam kebutuhan masyarakat terus meningkat. Oleh karena itu peran agen pembaharu lebih pada peran sebagai fasilitator, motivator, pendamping dalam upaya mewujudkan situasi yang kondusif, agar kliennya mampu berkembang sesuai potensi dan kebutuhannya (Anwas, 2014).

Pemberdayaan juga dapat dianggap sebagai suatu proses:

a) Pemberdayaan sebagai proses pembelajaran

Tujuan dari pemberdayaan adalah untuk merealisasikan perubahan, dari tidak berdaya menjadi berdaya, agar tujuan yang diinginkan dapat terwujud maka harus ada proses belajar yang terus-menerus secara mandiri dari kelompok sasaran. Pada hakekatnya pemberdayaan akan berhasil bila dilakukan atas kesadaran sendiri atau secara sukarela, tanpa ada paksaan, bujukan maupun ancaman. Oleh karena itu, untuk mendukung keberhasilan pemberdayaan, harus dilakukan proses pembelajaran yang mampu membangkitkan kesadaran, pengetahuan, ataupun ketrampilan yang baru, dan yang mampu mengubah perilaku kelompok sasaran, kearah tindakan yang lebih mensejahterkan kelompok sasaran tersebut. Untuk mendukung hal ini, salah satu metode proses pembelajaran dalam lingkup pemberdayaan yang dapat diterapkan adalah proses pembelajaran dialogis. Pemberdayaan sebagai upaya pembelajaran, harus berdasar dan berpedoman kepada kebutuhan masyarakat, untuk memaksimalkan potensi dan kapasitas masyarakat serta diupayakan untuk kesejahteraan masyarakat yang diberdayakan (Mardikanto & Soebianto, 2012).

b) Pemberdayaan sebagai proses penguatan kapasitas

Penguatan kapasitas atau peningkatan kemampuan guna membangkitkan keterlibatan masyarakat mencakup penguatan kapasitas setiap individu, kelembagaan, jejaring dengan lembaga lain dan hubungan dengan sistem yang lebih luas (Mardikanto & Soebianto, 2012).

c) Pemberdayaan sebagai proses perubahan sosial.

Pemberdayaan bertujuan untuk mencapai perubahan guna memperbaiki kehidupan masyarakat. Oleh karena itu, pemberdayaan tidak sekedar proses perubahan perilaku individu, namun menyangkut perubahan – perubahan hubungan antar individu dan masyarakat, struktur nilai, demokratisasi, transparansi, supremasi hukum, dan lain-lain. Pemberdayaan juga sering dimaknai sebagai proses rekayasa sosial atau suatu proses yang dilaksanakan untuk mempersiapkan sumber daya manusia supaya mereka tahu, mau dan mampu melaksanakan peran sesuai dengan tugas pokok fungsi, dalam sistem sosialnya masing – masing (Mardikanto & Soebianto, 2012).

Pemberdayaan merupakan salah satu azas penting dalam pembangunan. Dalam perkembangannya istilah pemberdayaan juga digunakan dalam berbagai disiplin ilmu seperti ilmu pendidikan, ilmu politik, gender, ekonomi dan pengembangan masyarakat (Laverack, 2006; Mwanri *et al.*, 2012). Istilah pemberdayaan juga digunakan dalam bidang kesehatan (Labonte dan Laverack, 2008).

Berdasarkan uraian di atas, pemberdayaan dapat diartikan sebagai peningkatan kualitas hidup dan kesejahteraan bagi individu dan masyarakat, meliputi:

- a) Peningkatan status ekonomi, dalam hal ini adalah kemakmuran pangan.
- b) Peningkatan kesejahteraan sosial (pendidikan dan kesehatan).
- c) Bebas dari segala bentuk penindasan.
- d) Perlindungan terhadap hak asasi manusia, sehingga terhindar dari rasa takut dan kekawatiran.
- e) Dan lain-lain.

Upaya pemberdayaan mengandung elemen penting diantaranya adalah: (1) *enabling*; mewujudkan situasi dan kondisi yang memungkinkan potensi masyarakat menjadi lebih berkembang, (2) *empowering*; memperkuat potensi atau kemampuan yang dimiliki masyarakat, (3) *protecting*; yaitu mencegah agar yang lemah tidak bertambah lemah, serta mencegah eksploitasi yang kuat atas yang lemah (Mardikanto, 2010).

3) Tujuan promosi kesehatan dan pemberdayaan

Tujuan promosi kesehatan adalah melakukan pemberdayaan sehingga orang memiliki kontrol yang lebih besar terhadap aspek-aspek kehidupan masyarakat yang memengaruhi kesehatan. Dengan demikian terdapat dua unsur tujuan promosi kesehatan yaitu memperbaiki kesehatan dan memiliki kontrol (Sulaeman, 2014).

4) Tujuan pemberdayaan masyarakat

Tujuan pemberdayaan adalah membantu klien memperoleh kemampuan untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan yang akan ia lakukan yang terkait dengan diri mereka. Termasuk mengurangi hambatan pribadi dan hambatan sosial dalam pengambilan tindakan. Pemberdayaan dilakukan melalui peningkatan kemampuan dan rasa percaya diri untuk menggunakan kemampuannya, diantaranya melalui pendayagunaan potensi lingkungan (Notoatmodjo, 2010). Sementara menurut Ife dan Tesoriero (2008) Pemberdayaan bertujuan meningkatkan keberdayaan dari mereka yang dirugikan (*the disadvantaged*)

Pemberdayaan merupakan usaha panjang dan kompleks yang memiliki tujuan tertentu. Menurut Mardikanto (2010), tujuan pemberdayaan adalah sebagai berikut:

a) Perbaikan pendidikan (*better education*)

Pemberdayaan yang direncanakan mengandung unsur pendidikan yang lebih baik.

b) Perbaikan aksesibilitas (*better accessibility*)

Dengan semangat belajar sepanjang masa, diharapkan dapat memperbaiki aksesibilitas dengan sumber informasi/inovasi, sumber pembiayaan, penyediaan produk dan peralatan, lembaga pemasaran.

c) Perbaikan tindakan (*better action*)

Bermodalkan pendidikan, aksesibilitas dan berbagai sumberdaya yang lebih baik, diharapkan akan terealisasi perilaku yang semakin baik.

d) Perbaikan kelembagaan (*better institution*)

Kegiatan/tindakan yang lebih baik diharapkan akan memperbaiki kelembagaan, termasuk perluasan jaringan kerja sama dengan mitra dalam menjalankan usaha atau bisnis.

e) Perbaikan usaha (*better business*)

Pendidikan, aksesibilitas, kegiatan, dan kelembagaan yang lebih baik, diharapkan usaha atau bisnis yang dilakukan juga semakin baik.

f) Perbaikan pendapatan (*better income*)

Bisnis yang dilakukan semakin baik, diharapkan penghasilan keluarga dan masyarakat juga semakin baik.

g) Perbaikan lingkungan (*better environment*)

Pendapatan yang lebih baik, diharapkan lingkungan fisik maupun sosialnya juga lebih baik. Kemiskinan atau minimnya penghasilan kadang kala dapat merusak lingkungan.

h) Perbaikan kehidupan (*better living*)

Penghasilan dan kondisi lingkungan yang lebih baik, diharapkan kehidupan setiap keluarga dan masyarakat juga lebih baik.

i) Perbaikan masyarakat (*better community*)

Kondisi masyarakat, lingkungan fisik dan sosial yang lebih baik, diharapkan dapat mewujudkan kehidupan masyarakat yang lebih baik pula.

5) Visi, Misi, Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan

Visi promosi kesehatan di Indonesia mengacu pada visi pembangunan kesehatan yang tertuang dalam Undang– Undang Kesehatan RI No. 36 Tahun 2009 pasal 3, yakni: “Meningkatkan kesadaran, kemampuan hidup sehat bagi

setiap individu guna mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi – tingginya, sebagai investasi sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi”. Maka dari itu promosi kesehatan harus mengambil bagian dalam mewujudkan visi pembangunan kesehatan di Indonesia. Inti dari visi promosi kesehatan adalah masyarakat mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya (Notoatmodjo, 2010).

Untuk mewujudkan visi promosi kesehatan diperlukan berbagai upaya, yang disebut dengan “misi promosi kesehatan”. Sulaeman (2014), menyebutkan bahwa merujuk pada Piagam Ottawa tahun 1986, misi promosi kesehatan sekurang-kurangnya ada tiga hal meliputi: a) advokasi (*advocate*), b) menjembatani (*mediate*), dan c) memampukan (*enable*).

a) Advokasi (*advocate*)

Advokasi dalam bidang kesehatan merupakan aksi strategis dan terpadu yang dilakukan oleh individu maupun kelompok terhadap penentu kebijakan guna menyelesaikan persoalan/masalah kesehatan. Advokasi kesehatan dilakukan untuk memperoleh komitmen dan dukungan dalam pengembangan upaya meningkatkan perilaku dan lingkungan sehat. Advokasi dilakukan secara partisipatif dan demokratis, sekalian memberikan peluang untuk proses belajar agar menjadi diri sendiri. Proses advokasi yang demokratis akan melahirkan masyarakat yang demokratis.

b) Menjembatani (*mediate*)

Masalah kesehatan begitu kompleks dan luas, sehingga tidak memungkinkan hanya ditangani oleh sektor kesehatan saja, diperlukan sektor-sektor lain sebagai mitra. Promosi kesehatan dapat dijadikan sebagai mediator antara sektor kesehatan dengan sektor-sektor lain atau berbagai pihak baik pemerintah maupun swasta. Sektor-sektor tersebut antara lain meliputi: sektor kesehatan, sektor sosial ekonomi, lembaga swadaya masyarakat (LSM), relawan/kader kesehatan, otoritas lokal, industri dan media.

c) Memampukan (*enable*)

Aksi promosi kesehatan juga bertujuan meniadakan perbedaan status kesehatan secara optimal, termasuk adanya jaminan lingkungan yang

mendukung, terpenuhinya akses informasi, keterampilan hidup dan kesempatan untuk menentukan pilihan yang sehat. Setiap orang diharapkan mampu mengendalikan faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan mereka sendiri, agar mereka dapat mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Program promosi kesehatan harus berkontribusi terhadap upaya peningkatan kemampuan masyarakat pada bidang kesehatan, agar mereka secara mandiri bertanggung jawab terhadap kondisi kesehatan masyarakat.

6) Sasaran promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat

Sasaran dari promosi kesehatan menurut Maulana (2009) terdiri dari sasaran primer, sekunder dan tersier sebagai berikut :

a) Sasaran primer (*primary target*)

Sasaran promosi kesehatan dikelompokkan berdasarkan masalah kesehatan yang dihadapi, diantaranya: masalah kesehatan umum (dalam hal ini yang menjadi sasaran adalah kepala keluarga), masalah kesehatan ibu dan anak (ibu hamil, ibu nifas, ibu bersalin, ibu menyusui, bayi, balita), masalah kesehatan anak sekolah, masalah kesehatan reproduksi remaja, dan lain sebagainya. Perubahan perilaku ditujukan kepada sasaran primer, karena mereka merupakan individu atau kelompok yang terkena masalah, dan diharapkan berperilaku sesuai yang diharapkan.

b) Sasaran sekunder (*secondary target*)

Sasaran sekunder dalam promosi kesehatan meliputi: para pemuka masyarakat, pemuka agama, pemuka adat, dan sebagainya. Sasaran ini berpengaruh dan disegani oleh sasaran primer, sehingga kelompok ini yang harus diberi pendidikan kesehatan untuk kemudian kelompok ini menindaklanjuti pendidikan kesehatan tersebut dengan menyampaikannya kepada masyarakat di sekitarnya. Sasaran sekunder ini diharapkan juga menerapkan perilaku sehat sebagai hasil pendidikan kesehatan yang diterima, karena para pemuka masyarakat ini sebagai *roll model* yang perilakunya ditiru oleh masyarakat, sehingga mereka harus memberi contoh dengan selalu menerapkan perilaku sehat.

c) Sasaran tersier (*tertiary target*)

Sasaran tersier dalam promosi kesehatan adalah penentu kebijakan dan pengambil keputusan, dari tingkat daerah hingga tingkat pusat. Kebijakan-kebijakan atau keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok ini, diharapkan memiliki efek terhadap perilaku para pemuka masyarakat (sasaran sekunder), dan juga kepada masyarakat umum (sasaran primer).

7) Strategi Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

Strategi program promosi kesehatan sebaiknya disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi wilayah setempat dan mempertimbangkan sistem sosial, budaya dan ekonomi yang berbeda. Menurut Keleher *et al.* (2007), strategi promosi kesehatan terdiri dari lima strategi yaitu: a) penanggulangan penyakit, b) pendidikan kesehatan dan perubahan perilaku, c) partisipasi pendidikan kesehatan, d) aksi komunitas (*community action*), dan e) promosi kesehatan terhadap lingkungan sosial (*socio – ecological health promotion*).

Sementara menurut Hartono (2011) strategi promosi kesehatan yang dilaksanakan harus paripurna, yakni terdiri dari: a) pemberdayaan; yang didukung oleh b) bina suasana dan advokasi; serta dilandasi semangat; c) kemitraan.

a) Pemberdayaan

Pemberdayaan merupakan bagian utama yang sangat penting, atau dapat dinyatakan sebagai garda terdepan upaya kesehatan. Sejak dari Piagam Ottawa tahun 1986, yang mengubah pendidikan kesehatan menjadi promosi kesehatan, pemberdayaan sudah dijadikan salah satu strategi dari promosi kesehatan. Pemberdayaan sebagai suatu proses pemberian informasi secara terus menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan sasaran, serta proses membantu sasaran, agar sasaran tersebut berubah dari tidak tahu menjadi tahu (aspek *knowledge*), dari tahu menjadi mau (aspek *attitude*) dan dari mau menjadi mampu melaksanakan perilaku yang diperkenalkan (aspek *practice*). Sasaran utama pemberdayaan masyarakat adalah individu, keluarga dan kelompok masyarakat (Hartono, 2011).

b) Bina Suasana

Bina suasana adalah, upaya mewujudkan situasi dan kondisi yang kondusif untuk mendorong pembangunan kesehatan sehingga masyarakat tertarik menerapkan perilaku sehat yang dipromosikan. Pendekatan yang dilakukan dalam bina suasana, meliputi: pendekatan individu, kelompok, dan masyarakat umum (Hartono, 2011).

c) Advokasi

Advokasi adalah, upaya atau proses yang strategis dan terencana untuk mendapatkan komitmen dan dukungan dari para pemimpin maupun pengambil keputusan. Advokasi dapat memperoleh hasil yang maksimal bila dilaksanakan dengan membentuk jejaring advokasi atau forum kerja sama (Hartono, 2011).

d) Kemitraan

Kemitraan perlu diwujudkan antar individu, keluarga, pejabat atau lintas sektor, pemuka masyarakat, media massa, dan lain-lain. Forum kerja sama dalam kemitraan harus mengacu kepada tiga prinsip yaitu: (1) kesetaraan, (2) keterbukaan, dan (3) saling menguntungkan (Hartono, 2011).

Pemberdayaan melalui kemitraan menjadi mungkin ketika ada upaya terpadu untuk memperkuat organisasi masyarakat akar rumput. Ini termasuk tim sosial kesehatan dan kelompok laki-laki dan perempuan yang dapat melibatkan orang-orang lokal dalam orientasi aksi (Elkins *et al.*, 2009).

8) Metode promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat

Metode adalah cara atau pendekatan tertentu. Metode promosi kesehatan terdori dari: (1) metode promosi perseorangan dalam bentuk bimbingan, penyuluhan, *interview* (2) metode promosi kelompok, (kelompok besar: ceramah, seminar; kelompok kecil: diskusi, *brain storming*, *role play*, *buzz group*, (permainan simulasi), dan (3) promosi kesehatan massal (*public speaking*, media massa, *bill board*) (Mubarak, 2011; Susilowati, 2016).

9) Prinsip pemberdayaan masyarakat

Pemberdayaan masyarakat sebagai metode untuk mengangkat harkat dan derajat masyarakat dilaksanakan di atas prinsip-prinsip tertentu: (1) pemberdayaan masyarakat memiliki orientasi yang berbeda dengan

organisasi bisnis, keuntungan dari hasil kegiatan pemberdayaan masyarakat dikembalikan kepada masyarakat berupa program atau kegiatan pembangunan sesuai dengan kebutuhan; (2) pemberdayaan masyarakat bersifat partisipatif, artinya masyarakat terlibat dalam kegiatan sejak perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, hingga evaluasi; (3) perlu diadakan kegiatan pelatihan untuk menunjang pelaksanaan program pembangunan, terutama pada unsur pemabangunan fisik; (4) memanfaatkan sumberdaya secara maksimal, spesifik pada pembiayaan yang berasal dari berbagai sumber (pemerintah, swasta, atau sumber-sumber lainnya; (5) kegiatan pemberdayaan masyarakat harus memiliki fungsi sebagai mediator antara kepentingan pemerintah bersifat makro dengan kepentingan masyarakat bersifat mikro (Sumaryadi, 2005). Sementara menurut Anwas (2014), prinsip - prinsip pemberdayaan masyarakat adalah sebagai berikut:

- (1) Demokratis. Pemberdayaan dilaksanakan secara musyawarah, menghormati hak masyarakat, tidak ada unsur paksaan, tidak ada perbedaan hak, kewajiban dan perlakuan sebab individu memiliki kebutuhan, masalah, bakat, minat, dan potensi yang berbeda.
- (2) Minat dan kebutuhan. Pemberdayaan masyarakat dilaksanakan berdasarkan prioritas utama, minat dan kebutuhan, potensi klien/sasaran agar efektif dan efisien.
- (3) Subjek pemberdayaan. Sasaran pemberdayaan sebagai subjek atau pelaku dalam kegiatan pemberdayaan.
- (4) Pemberdayaan berarti menumbuhkan kembali nilai, budaya, dan kearifan lokal yang memiliki nilai luhur dalam masyarakat.
- (5) Pemberdayaan merupakan sebuah proses yang memerlukan waktu, sehingga dilaksanakan secara bertahap dan berkesinambungan. Tahapan dilakukan secara logis dimulai dari yang sederhana menuju yang kompleks.
- (6) Kegiatan pendampingan atau pembinaan perlu dilakukan secara bijaksana, bertahap, dan berkesinambungan.

- (7) Pemberdayaan tidak bisa dilakukan dari salah satu aspek saja, tetapi perlu dilakukan secara holistik terhadap semua aspek kehidupan yang ada dalam masyarakat.
- (8) Kaum perempuan (remaja dan ibu-ibu muda) juga harus menjadi sasaran pemberdayaan, karena kualitas kehidupan keluarga dan pengentasan kemiskinan memerlukan peran dari kaum perempuan.
- (9) *Lifelong learning/education*, masyarakat diharapkan memiliki kebiasaan untuk terus belajar, belajar sepanjang hayat, belajar sambil bekerja. Kelompok sasaran tidak cukup diberikan teori-teori atau gagasan, namun harus diikuti sertakan secara aktif dan diberikan kesempatan untuk mencoba melakukan kegiatan secara mandiri dengan bimbingan dari agen pembaharu.
- (10) Keragaman budaya. Pemberdayaan harus menggali dan tetap menghormati norma-norma dan sikap yang baik dan jujur yang ada dalam masyarakat, dengan memperhatikan budaya masyarakat yang tidak dapat dipisahkan dari bahasa masyarakat itu sendiri.
- (11) Kerjasama dan partisipasi. Untuk keberhasilan pemberdayaan masyarakat diperlukan kerjasama yang solid dari berbagai elemen masyarakat untuk berpartisipasi secara aktif dalam mengimplementasikan program-program yang telah dirancang.
- (12) Sasaran pemberdayaan perlu ditumbuhkan jiwa kewirausahaan sebagai bekal menuju kemandirian, artinya masyarakat memiliki jiwa mau berinovasi, berani mengambil risiko, terhadap perubahan, mencari dan memanfaatkan peluang, serta mengembangkan networking sebagai kemampuan yang dibutuhkan dalam era global.
- (13) Agen pemberdayaan atau petugas yang melaksanakan pemberdayaan perlu memiliki kemampuan (kompetensi) yang cukup dinamis, fleksibel dalam bertindak, serta dapat mengikuti perkembangan zaman dan tuntutan masyarakat. Agen pemberdayaan berperan sebagai fasilitator.
- (14) Pemberdayaan perlu melibatkan berbagai pihak yang ada dan terkait dalam masyarakat, mulai dari unsur pemerintah, tokoh, guru, kader, ulama, pengusaha, LSM, dan anggota masyarakat lainnya.

10) Tahapan pemberdayaan masyarakat

Pemberdayaan masyarakat merupakan proses yang kompleks, dan perlu melibatkan berbagai elemen yang saling terpadu. Alfitri (2011) mengemukakan, rincian tahapan yang harus dilalui dalam pemberdayaan adalah: (1) membantu masyarakat dalam menemukan masalahnya dengan cara mengidentifikasi dan mengkaji potensi wilayah, permasalahan, dan peluang-peluang yang ada; (2) menganalisis masalah yang ditemukan secara mandiri; (3) memilih masalah yang harus segera diselesaikan (memilih prioritas masalah); (4) mencari alternatif pemecahan masalah dengan pendekatan sosio kultural yang berlaku di masyarakat; (5) melaksanakan tindakan nyata untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi; (6) melakukan evaluasi seluruh rangkaian/ proses pemberdayaan yang telah dilakukan untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan dan kegagalannya.

Pemberdayaan adalah sebuah proses, yang memiliki makna sebagai tahapan perubahan dalam meningkatkan dan menjadikan masyarakat agar lebih berdaya. Suatu pandangan atau falsafah yang implementasi dan penyesuaiannya membutuhkan pembinaan dan proses yang memerlukan waktu yang panjang (tidak seketika). Proses pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan melalui tahapan 5 P yaitu: (1) Pemungkinan, wewujudkan situasi/kesempatan yang memungkinkan masyarakat berkembang dengan cara membebaskan dari hambatan-hambatan baik hambatan kultural maupun struktural, (2) Penguatan, menumbuhkembangkan seluruh kemampuan dan meningkatkan rasa percaya diri masyarakat untuk menunjang kemandirian mereka, dengan cara meningkatkan pengetahuan dan kemampuan agar mampu memecahkan masalah dan mencukupi kebutuhannya, (3) Perlindungan, melindungi masyarakat dari kelompok kuat terhadap kelompok lemah, menciptakan persainagn yang seimbang, mencegah terjadinya eksploitasi kelompok kuat terhadap kelompok lemah, (4) Penyokongan, membantu masyarakat agar terhindar dari keadaan yang semakin lemah dan terpinggirkan dengan cara memberikan bimbingan dan dukungan supaya masyarakat mampu menjalankan peran dan tugas kehidupannya, dan (5) Pemeliharaan, mempertahankan kondisi yang kondusif

agar tetap tercipta keseimbangan distribusi kekuasaan antar kelompok, sehingga mampu menjamin keselarasan dan keseimbangan yang memberikan peluang bagi setiap orang untuk memperoleh kesempatan berusaha (Alfitri, 2011).

11) Faktor-faktor yang memengaruhi pemberdayaan masyarakat

Implementasi pemberdayaan masyarakat tidak semudah dengan yang diungkapkan dalam teori, pada implementasinya belum tentu masyarakat langsung mengikuti dan berpartisipasi penuh dalam program pemberdayaan masyarakat. Menurut Sumaryadi (2005), beberapa faktor yang memengaruhi pemberdayaan masyarakat adalah sebagai berikut:

- a) Bersedia atau tidaknya suatu komunitas untuk menerima pemberdayaan ditentukan oleh keadaan/kondisi yang dihadapinya.
- b) Anggapan bahwa pemberdayaan hanya untuk kepentingan sekelompok orang, dan adanya pemahaman dari orang yang berkuasa dalam komunitas, bahwa pemberdayaan dapat merugikan diri mereka sendiri.
- c) Budaya ketergantungan dari masyarakat, yaitu kebiasaan masyarakat yang sudah terpolat dalam pikiran dan perbuatan yang sudah rutin.
- d) Kehendak dari pemegang kekuasaan dalam setiap komunitas, untuk tidak bersedia lepas dari kekuasaannya, sementara salah satu inti dari pemberdayaan adalah dalam bentuk pelepasan sebagian kewenangan kepada masyarakat.
- e) Adanya kendala pada batas pemberdayaan, dalam hal ini pemberdayaan harus melalui siklus pemberdayaan yang memerlukan waktu cukup lama, sementara di lain sisi, kemampuan dan motivasi setiap orang tidak sama.
- f) Adanya keyakinan dari para pemegang kekuasaan di komunitas untuk mengembangkan pemberdayaan dan mengubah pemahaman mereka tentang anggota komunitasnya.
- g) Pemberdayaan tidak mudah diterapkan untuk perubahan yang cepat.
- h) Pemberdayaan memerlukan *support* sumber daya yang besar, yang meliputi biaya dan waktu.

12) Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan

Pemberdayaan kesehatan di bidang kesehatan merupakan sasaran utama dari promosi kesehatan. Pemberdayaan masyarakat merupakan salah satu dari strategi global promosi kesehatan, sehingga pemberdayaan masyarakat sangat penting untuk dilakukan agar masyarakat sebagai *primary target* memiliki kemauan dan kemampuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan.

Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan adalah: (1) upaya meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat secara sistematis untuk mengembangkan diri, memiliki kemauan berbicara dan kemampuan untuk memilih; (2) upaya meningkatkan peran aktif masyarakat untuk mencegah dan mengatasi masalah dengan kegiatan dari, oleh, dan untuk masyarakat; (3) upaya fasilitasi non instruktif untuk: (a) meningkatkan pengetahuan, sikap, dan ketrampilan, (b) identifikasi masalah, pengambilan keputusan, merencanakan, dan memecahkan masalah, (c) mengembangkan potensi masyarakat, gotong royong dan kemitraan; mendorong kemandirian masyarakat. Dengan demikian pengertian pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan mengandung aspek: (1) upaya (*effort*), optimalisasi, (3) potensi masyarakat, (4) menggali potensi masyarakat, (5) kemitraan (*partnership*), (6) peningkatan, (7) pertumbuhan (*growth*), (8) pembangunan (*development*), (9) pengembangan sumberdaya manusia sukarela (kader), (10) regulasi, (11) kemandirian, (12) keberlanjutan (*sustainable*) (Sulaeman, 2012).

13) Unsur-unsur pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan

Unsur-unsur pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan terdiri atas :

- a) Penggerak pemberdayaan, meliputi pemerintah, masyarakat, dan swasta.
- b) Sasaran pemberdayaan, perorangan maupun kelompok, berkontribusi bagi agen pembaharu dalam penerapan perilaku hidup sehat.
- c) Perilaku hidup sehat masyarakat, dapat mengembangkan, melembagakan dan membudayakan pola hidup sehat di masyarakat.
- d) Tersedianya sumber daya berupa dana, sarana dan prasarana, budaya, metode, pedoman, dan media untuk mendukung pelaksanaan proses pemberdayaan

commit to user

masyarakat dibidang kesehatan, baik yang dimiliki pemerintah, swasta, ataupun masyarakat.

b. Kader kesehatan

1) Pengertian kader kesehatan

Menurut Runjati (2010), yang dimaksud dengan kader kesehatan adalah adalah anggota masyarakat dengan kriteria sebagai berikut:

- a) Dipilih oleh masyarakat setempat, disetujui dan dibina oleh LKMD.
- b) Bertanggung jawab kepada masyarakat melalui LKMD dalam bertugas.
- c) Siap bekerja dengan ikhlas dan sukarela.
- d) Mampu membaca dan menulis.
- e) Mampu menyediakan waktu untuk melayani masyarakat, diluar tugasnya mencari nafkah.

Kader kesehatan sebagai sumber daya lokal yang siap bekerja ikhlas dan sukarela dan bersedia terlibat dalam berbagai kegiatan program pembangunan desa (Adi, 2001; Pohan, 2007). Kesukarelaan artinya keterlibatan kader kesehatan dalam kegiatan pemberdayaan masyarakat tidak boleh disebabkan oleh adanya pemaksaan, akan tetapi atas dasar kesadaran sendiri dan motivasinya untuk meningkatkan dan mengatasi masalah kehidupan yang dirasakan.

Kader kesehatan adalah bentuk peran serta aktif masyarakat dalam kegiatan lima program pos pelayanan terpadu (Posyandu) dan mendapat bimbingan dari tenaga profesional terutama pada kegiatan yang mereka tidak kompeten memberikannya (Pohan, 2007).

2) Persyaratan kader kesehatan

Menurut Zulkifli (2003), untuk pemilihan kader kesehatan perlu mempertimbangkan berbagai syarat sebagai berikut:

- a) Dapat membaca, menulis.
- b) Sehat fisik, mental, dan sosial.
- c) Berpenghasilan tetap.
- d) Bertempat tinggal di desanya, tidak sering bepergian dalam waktu yang lama.
- e) Aktif dalam kegiatan sosial maupun pembangunan desanya.

- f) Dikenal dan diterima masyarakat, serta dapat bekerja sama dengan masyarakat.
- g) Memiliki wibawa/berkharisma.
- h) Bersedia membina masyarakat sekitarnya, minimal satu kelompok dasa wisma (sepuluh kepala keluarga).

3) Peran kader kesehatan

Kader kesehatan mempunyai peran besar dalam upaya meningkatkan kemampuan masyarakat menolong dirinya untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal. Selain itu, kader ikut serta dalam membina masyarakat di bidang kesehatan melalui kegiatan yang dilakukan di posyandu (Efendi & Makhfudli, 2009).

Kader kesehatan juga berperan dalam kelangsungan kegiatan posyandu. Pada kegiatan posyandu kader bertugas untuk memberitahukan hari dan jam buka posyandu kepada ibu-ibu pengguna posyandu (ibu hamil, ibu yang mempunyai bayi dan anak balita, serta ibu usia subur) sebelum hari buka posyandu. Kader juga menyiapkan peralatan untuk penyelenggaraan posyandu sebelum posyandu dimulai seperti menyiapkan timbangan, bukti catatan, Buku KIA/KMS, alat peraga penyuluhan, oralit, dan lain-lain (Runjati, 2010)

Diluar jadwal posyandu, kegiatan yang dapat dilakukan kader kesehatan adalah melakukan kunjungan rumah, khususnya pada kegiatan yang menunjang pelayanan KB, KIA, gizi, imunisasi dan penanggulangan diare pada ibu hamil, ibu yang mempunyai bayi dan balita, serta pasangan usia subur, untuk memberi penyuluhan dan mengingatkan agar datang ke posyandu (Runjati, 2010)

Selain itu kader melakukan kegiatan penunjang upaya kesehatan lain sesuai dengan permasalahan yang ada di masyarakat, seperti pemberantasan penyakit, penyehatan rumah, pembersihan sarang nyamuk, pembuangan sampah, penyediaan sarana air bersih, dana sehat, penyediaan sarana jamban keluarga, dan kegiatan pembangunan lainnya yang berkaitan dengan kesehatan (Runjati, 2010)

Kader kesehatan juga berperan dalam merencanakan kesehatan, melakukan komunikasi informasi dan motivasi, menggerakkan, memberikan

pelayanan, melakukan pencatatan, melakukan upaya pembinaan mengenai lima program terpadu KB, kesehatan, dan upaya kesehatan lainnya. Serta bertugas melaporkan segala kegiatan yang telah dilakukan (Runjati, 2010).

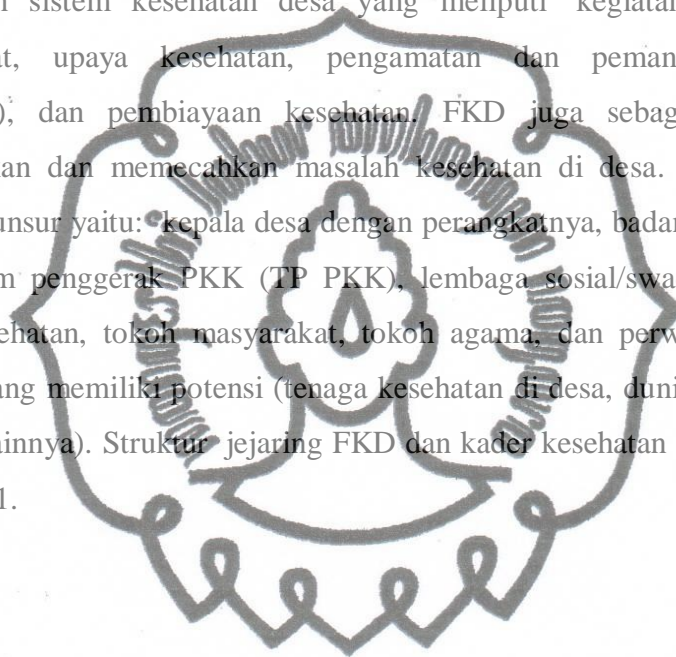
4) Peran kader kesehatan dalam “Siap Antar Jaga”

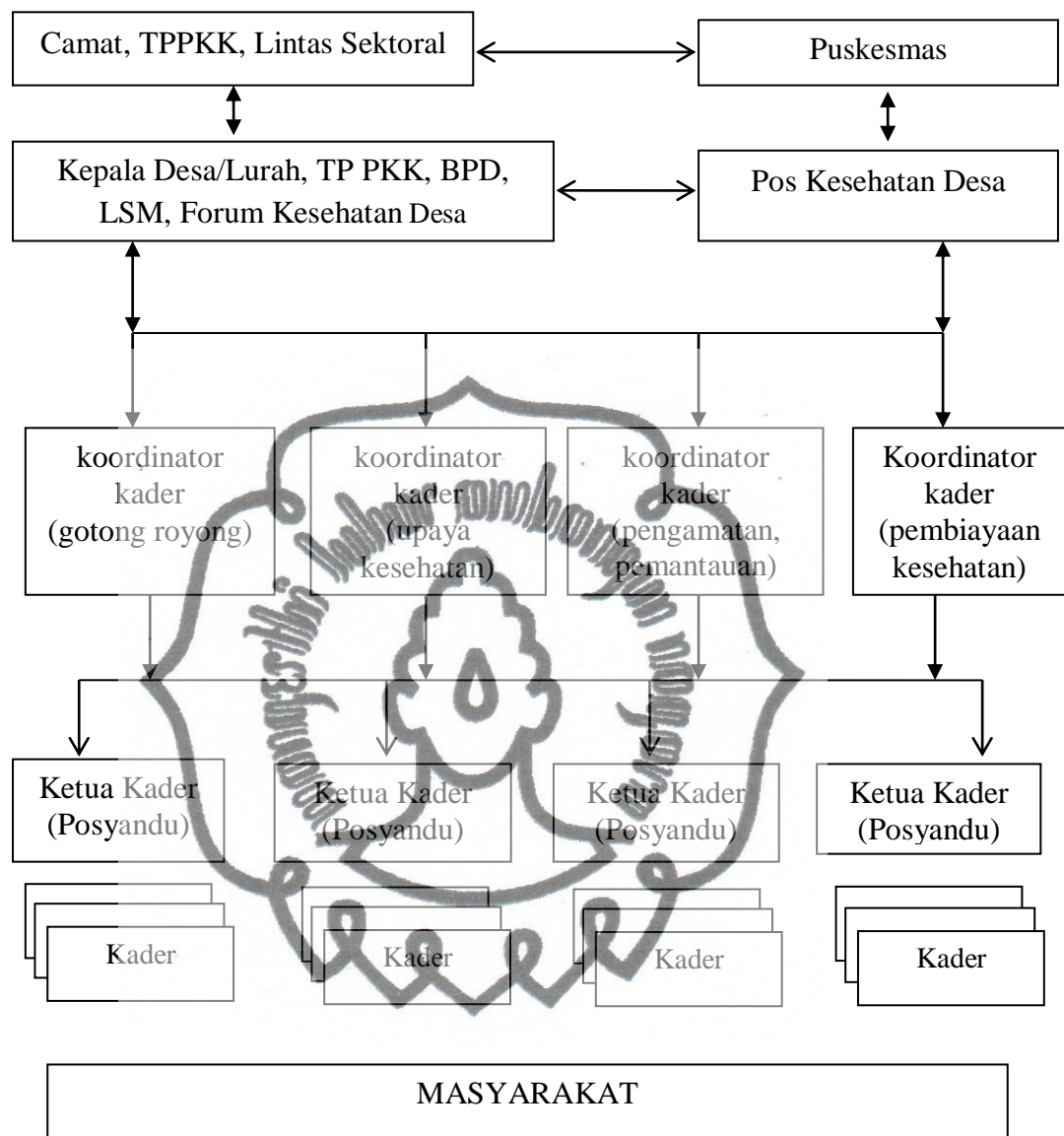
Peran kader kesehatan dalam “Siap Antar Jaga” yaitu melakukan deteksi dini masalah kesehatan ibu dan anak menggunakan Buku KIA. Kader kesehatan selalu siap dan bersedia menemani dan menjaga ibu atau anak yang membutuhkan perawatan lebih lanjut di fasilitas kesehatan lanjutan atau rujukan. Kader kesehatan diharapkan mampu menjelaskan pada keluarga pasien yang akan dirujuk, terkait dengan semua persiapan yang harus dibawa termasuk Buku KIA. Kader kesehatan juga diharapkan mampu mendeteksi faktor-faktor risiko pada ibu hamil dan mampu menjelaskan tentang faktor risiko kehamilan yang ditemukan kepada keluarga ibu hamil tersebut (Karwati *et al.*, 2011).

5) Peran Kader Kesehatan dalam Pengembangan Desa Siaga

Desa siaga merupakan desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri (Runjati, 2010). Konsep desa siaga adalah membangun suatu sistem di suatu desa yang bertanggung jawab memelihara kesehatan masyarakat di wilayah desa itu sendiri, yang dikelola oleh tenaga kesehatan (umumnya seorang bidan) dan dibantu oleh dua orang kader kesehatan desa. Di samping itu juga melibatkan berbagai pengurus desa untuk mendorong peran serta masyarakat dalam program kesehatan. Kader kesehatan terlibat dalam pelaksanaan desa siaga melalui kegiatan upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM) yang ada, misal posyandu, poskesdes, dan lain-lainnya. Peran kader kesehatan yaitu peran sebagai pelaku penggerakan masyarakat, meliputi: 1) perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), 2) pengamatan masalah kesehatan di desa, 3) upaya penyehatan lingkungan, 4) peningkatan kesehatan ibu, bayi dan anak balita, 5) pemasyarakatan keluarga sadar gizi (kadarzi). Lebih lanjut, kader kesehatan juga memiliki peran tambahan, yaitu: membantu petugas

kesehatan dalam penanggulangan kedaruratan kesehatan sehari-hari, membantu petugas kesehatan dalam penyiapan masyarakat menghadapi bencana, membantu petugas kesehatan dalam pengelolaan obat di poskesdes. Guna mewadahi partisipasi masyarakat dalam mengembangkan pembangunan kesehatan di tingkat desa, maka pada saat ini hampir disetiap desa telah terbentuk forum kesehatan desa (FKD). FKD merupakan sistem kesehatan desa yang meliputi kegiatan gotong royong masyarakat, upaya kesehatan, pengamatan dan pemantauan kesehatan (surveling), dan pembiayaan kesehatan. FKD juga sebagai wadah untuk merumuskan dan memecahkan masalah kesehatan di desa. FKD terdiri dari beberapa unsur yaitu: kepala desa dengan perangkatnya, badan perwakilan desa (BPD), tim penggerak PKK (TP PKK), lembaga sosial/swadaya masyarakat, kader kesehatan, tokoh masyarakat, tokoh agama, dan perwakilan kelompok tertentu yang memiliki potensi (tenaga kesehatan di desa, dunia usaha, pemuda, dan lain-lainnya). Struktur jejaring FKD dan kader kesehatan dapat dilihat pada gambar 2.1.





Gambar 2.1. Struktur Jejaring Forum Kesehatan Desa dan Kader Kesehatan
Sumber: Runjati (2010)

6) Permasalahan dalam pemberdayaan kader kesehatan

Kader kesehatan merupakan unsur penggerak pemberdayaan bidang kesehatan. Menurut Adi (2001), peran kader kesehatan adalah sebagai penggerak implementasi kegiatan; (1) pelaksana dan pemelihara kegiatan program pembangunan desa; (2) menjaga keberlanjutan kegiatan; (3) sebagai penghubung antara warga masyarakat dengan organisasi-organisasi yang berkecimpung dalam bidang pembangunan desa. Kader kesehatan merupakan

merupakan bagian yang tidak selalu lekat dengan pelayanan kesehatan di desa. Pemberdayaan kader kesehatan mutlak harus dilaksanakan mengingat potensi kader kesehatan dalam meningkatkan kesehatan maternal cukup tinggi, lebih-lebih untuk masyarakat miskin di desa. Menurut Laverack (2006), individu, kelompok dan masyarakat telah memiliki kemampuan untuk meningkatkan sumber daya dari dalam diri mereka sendiri. Sumber daya ini antara lain tanah, bahan makan, uang, keterampilan, dan kearifan lokal.

Secara luas, pemberdayaan kader kesehatan dikaitkan dengan pandangan bahwa pemberdayaan juga merupakan berbagai proses di antaranya adalah: (1) pemberdayaan sebagai proses pembelajaran, kader kesehatan diharapkan mampu menciptakan kesadaran (sikap), pengetahuan, dan keterampilan yang terbaru/metakhir, yang mampu mengubah perilaku masyarakat ke arah kegiatan peningkatan kesehatan ibu hamil, dengan cara melakukan pendidikan dan penyuluhan kesehatan masyarakat terkait dengan kesehatan ibu, (2) pemberdayaan sebagai proses penguatan kapasitas, kader kesehatan diharapkan mampu mewujudkan partisipasi masyarakat, kelembagaan maupun membuat jejaring dengan lembaga lain guna mewujudkan peningkatan upaya kesehatan, dan (3) pemberdayaan sebagai proses perubahan sosial, kader kesehatan diharapkan mampu menggerakkan masyarakat untuk berpartisipasi dalam pembangunan kesehatan tanpa menimbulkan gejolak sosial, sehingga masyarakat mau dan mampu melaksanakan peran dalam sistem sosialnya masing-masing. Pemberdayaan kader kesehatan dalam rangka meningkatkan kesehatan masyarakat di desa yaitu membantu survei mawas diri pada penyelenggaraan posyandu dan menyelenggarakan pertemuan rutin. Penelitian di Uganda menunjukkan bahwa dengan adanya relawan kesehatan masyarakat dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian anak (Brenner *et al.*, 2011).

Pada umumnya, kader kesehatan merupakan tenaga sukarela, namun tetap memiliki kesibukan, baik pekerjaan tetap sebagai karyawan, maupun pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, maka bila tugas utamanya menuntut keaktifan, mereka akan memilih melakukan pekerjaan tetapnya. Masalah lain yang dihadapi kader kesehatan adalah beban kerja, seorang kader kesehatan sering

kali harus berperan di berbagai bidang-bidang, dan harus diselesaikan dalam waktu yang bersamaan, sehingga beban kerjanya menjadi lebih berat untuk ukuran pekerjaan yang bersifat sukarela. Berdasarkan kondisi tersebut perlu diadakan penambahan jumlah kader kesehatan dan adanya peningkatan kemampuan dan ketrampilan pada segenap kader kesehatan yang merupakan modal sosial dalam suatu komunitas perlu adanya perencanaan tahap demi tahap dan berkesinambungan. Terlebih bila pekerja masyarakat memandang bahwa proses pemberdayaan masyarakat merupakan suatu proses yang berkesinambungan (Adi, 2001).

2. Teori Menengah (*Middle Theory*)

a. Deteksi Dini dan Faktor Risiko Kehamilan

1) Deteksi dini

Deteksi dini risiko kehamilan adalah mengenali seawal mungkin faktor risiko, kelainan, komplikasi dan tanda bahaya kehamilan serta menyiapkan ibu untuk persalinan normal (Mochtar, 2005). Setiap kehamilan berisiko terjadi komplikasi. Oleh karena itu, menemukan secara dini komplikasi kehamilan oleh tenaga kesehatan dan masyarakat, serta penanganan yang adekuat sedini mungkin, diyakini menjadi kunci keberhasilan dalam penurunan angka kematian ibu dan bayi yang dilahirkan (Rochjati, 2011).

Upaya mengenali seawal mungkin faktor risiko kehamilan dapat dilakukan dengan melaksanakan skrining *antenatal* meliputi mengenali adanya tanda bahaya/masalah/faktor risiko pada ibu hamil, selanjutnya ibu hamil dirujuk ke Puskesmas untuk mendapatkan pelayanan yang berkualitas. Skrining merupakan kegiatan deteksi proaktif pada semua ibu hamil untuk mendeteksi faktor risiko yang belum tampak adanya tanda-tanda atau keluhan dengan menggunakan instrumen atau alat bantu. Skrining *antenatal* berpusat pada keluarga di masyarakat harus dilakukan dengan teliti dan runtut pada setiap ibu hamil, berkali-kali selama kehamilan sampai mendekati persalinan, dan dapat dilaksanakan oleh tenaga kesehatan/non kesehatan (dukun, kader kesehatan

PKK) yang terlatih. Harapan ke depan, skrining kesehatan ibu hamil dapat dilakukan oleh ibu hamil sendiri, suami maupun keluarga (Rochjati, 2011).

2) Faktor Risiko Kehamilan

a) Pengertian kehamilan

Proses kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan, yang terdiri dari ovulasi (pelepasan *ovum*), migrasi spermatozoa dan *ovum*, terjadi konsepsi dan pertumbuhan zigot, terjadi nidasi (implantasi uterus), pembentukan *placenta*, tumbuh kembang hasil konsepsi sampai *aterm*. Kehamilan adalah suatu peristiwa yang dimulai dari konsepsi sampai adanya tanda-tanda persalinan (Manuaba, 2012).

Kehamilan atau fertilisasi, diawali adanya proses penyatuan spermatozoa dan *ovum* diikuti dengan proses nidasi atau implantasi. Lama hamil normal adalah 280 hari atau 40 minggu atau 9 bulan 7 hari. Kehamilan terbagi dalam tiga trimester, trimester pertama berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke 13 hingga ke- 27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke 28 hingga ke-40) (Wignjosastro, 2008; Saifuddin *et al.*, 2014).

b) Pengertian faktor risiko kehamilan

“Risiko adalah suatu ukuran statistik dari peluang atau kemungkinan untuk terjadinya suatu keadaan gawat darurat yang tidak diinginkan pada masa mendatang, yang kemungkinan terjadinya komplikasi obstetrik pada saat persalinan yang dapat menyebabkan kematian, kesakitan, kecacatan, ketidaknyamanan, atau ketidakpuasan (5K) pada ibu dan atau bayi” (Rochjati, 2011).

Faktor risiko adalah kondisi yang dapat meningkatkan risiko kehamilan yang secara tidak langsung berkontribusi terhadap risiko meningkatnya kematian ibu. Selain itu, faktor risiko juga didefinisikan sebagai kondisi ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan risiko bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan/bayinya (Manuaba. *et al.*, 2008; Rohjati, 2011). Kehamilan dengan faktor risiko mengancam jiwa dan kesehatan ibu dan bayi (Mochtar, 2005). Semakin banyak faktor risiko ditemukan pada ibu hamil maka semakin tinggi pula risiko kehamilannya.

Lebih lanjut, menurut Bustan (2007), faktor risiko merupakan karakteristik, tanda atau kumpulan gejala pada penyakit yang diderita seseorang yang secara statistik berkorelasi dengan peningkatan kejadian kasus baru berikutnya. Berawal dari adanya faktor risiko ini, maka dapat dijadikan landasan untuk menentukan tindakan pencegahan dan pengelolaan (Bustan, 2007).

c) Pengertian kehamilan risiko tinggi

Kehamilan risiko tinggi (*high risk pregnancy*) adalah suatu kondisi di mana kehamilan itu dapat berpengaruh buruk terhadap keadaan ibu atau sebaliknya, penyakit ibu dapat berpengaruh buruk pada janinnya, atau keduanya ini saling berpengaruh. Kehamilan risiko tinggi adalah kondisi ibu hamil yang dapat mempengaruhi optimalisasi kesehatan ibu maupun janin (Manuaba, 2012).

Faktor risiko kehamilan bisa dikelompokkan menjadi faktor medis dan nonmedis. Faktor non medis antara lain adalah kemiskinan, ketidaktahuan, adat, tradisi, kepercayaan dan lain-lain. Kasus ini, lebih banyak terjadi terutama pada negara berkembang, yang terbukti sangat memengaruhi morbiditas dan mortalitas. Faktor nonmedis lainnya yang termasuk dalam faktor medis adalah penyakit - penyakit ibu dan janin, kelainan obstetri, gangguan plasenta, gangguan tali pusat, komplikasi persalinan, penyakit neonatus dan kelainan genetika (Martaadisoebrata *et al.*, 2011).

Faktor risiko tersebut bisa bersifat biologis, genetik, lingkungan atau psikososial. Namun dalam kesehatan reproduksi dibagi lebih spesifik meliputi:

- (1) Faktor demografi: usia, tinggi badan, jumlah kehamilan yang menghasilkan janin yang mampu hidup di luar rahim.
- (2) Faktor medis biologis: *underlying diseases*, seperti penyakit jantung dan malaria.
- (3) Faktor riwayat obstetrik: abortus habitualis, berbagai komplikasi obstetri, *sectio caesaria* dll.
- (4) Faktor lingkungan: polusi udara, kelangkaan air bersih, penyakit endemis dll.

- (5) Faktor sosio ekonomi budaya: pendidikan, penghasilan, kepincangan gender.

Empat pertama merupakan faktor risiko yang sebenarnya, karena masing-masing berpotensi untuk menimbulkan penyulit tertentu (Martaadisoebrata *et al.*, 2011).

Sementara itu, menurut Depkes RI (2009a), jenis-jenis faktor risiko pada ibu hamil adalah: (1) ibu yang hamil pertama dengan usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun; (2) jumlah anak lebih dari empat; (3) Jarak kehamilan sekarang dengan persalinan terakhir kurang dari dua tahun; (4) Kurang energi kronis (KEK) ditandai dengan lingkaran lengan atas kurang dari 23,5 cm, atau penambahan berat badan < 9 kg selama masa kehamilan; (5) Kekurangan darah aatau anemia dengan kadar haemoglobin < 11 g/dl; (6) Tinggi badan < 145 cm, atau dengan kelainan bentuk panggul dan tulang belakang; (7) Pernah mengalami hipertensi pada kehamilan sebelumnya atau sebelum kehamilan ini; (8) Sedang/pernah menderita penyakit kronis, antara lain: tuberkulosis, kelainan jantung, ginjal, hati, psikosis, kelainan endokrin (diabetes melitus, sistemik lupus eritematosus, dll), tumor dan keganasan; (9) Riwayat kehamilan buruk: obotus habitualis, kehamilan diluarrahim, mola hidatidosa, ketuban pecah dini, bayi dengan cacat bawaan; (10) Pernah mengalami komplikasi: persalinan dengan seksio sesarea, ekstraksi vakum/forceps; (11) Riwayat nifas dengan komplikasi: perdarahan pasca persalinan, infeksi masa nifas, psikosis *post partum* (*post partum blues*); (12) Riwayat keluarga menderita penyakit kencing manis, hipertensi dan riwayat cacat bawaan; (13) Kelainan jumlah janin: kehamilan kembar, janin dempet, monster; (14) kelainan besar janin: pertumbuhan janin terhambat, janin besar; dan (15) Kelainan letak dan posisi janin: lintang/*oblique*, sungsang pada usia kehamilan lebih dari 32 minggu.

Lebih lanjut, yang termasuk komplikasi pada ibu hamil adalah: (1) Ketuban pecah dini; (2) Perdarahan pada masa kehamilan (perdarahan *ante partum*, yaitu keguguran, *placenta previa*, *solutio placenta*); (3) Hipertensi dalam kehamilan (HDK): tekanan darah tinggi (sistolik > 140 mmHg, diastolik > 90 mmHg), disertai atau tanpa edema pretibial; (4) Risiko persalinan prematur;

- (5) Infeksi berat dalam kehamilan: demam berdarah, tifus abdominalis, sepsis;
- (6) Distosia, partus macet, partus tak maju.

Komplikasi dan dampak dari kehamilan berisiko pada janin, menurut Depkes RI (2009a), adalah: (1) Foetus mortuus; (2) Prematuritas dan bayi berat lahir rendah (< 2500 gram); 3) Asfiksia; (4) Infeksi bakteri; (5) Kejang; (6) Ikterus; (7) Diare; (8) Hipotermia; (9) Tetanus neonatorum; (10) Masalah pemberian ASI; (11) Trauma lahir; (12) sindroma gangguan pernafasan; dan (13) cacat bawaan, dll.

Rochjati (2011) mengelompokkan faktor risiko kehamilan berdasarkan “skor”, dengan skrining menggunakan kartu skor Puji Rochyati (KSPR) risiko kehamilan dikategorikan sebagai berikut:

- (1) Kelompok faktor risiko I (ada potensi gawat obstetri / APGO) meliputi:
 - a) Hamil anak pertama dengan umur ibu terlalu muda (kurang dari 16 tahun),
 - b) Hamil anak pertama dengan umur ibu terlalu tua (35 tahun atau lebih), terlalu lambat hamil, pernikahan lebih dari empat tahun,
 - c) Primi tua sekunder, terlalu lama punya anak lagi, umur anak terkecil sepuluh tahun lebih, umur anak terkecil kurang dari dua tahun,
 - d) Grande multi, memiliki empat anak atau lebih,
 - e) Hamil terlalu tua (umur ibu 35 tahun atau lebih),
 - f) Tinggi badan ibu hamil anak pertama kurang dari 145 cm atau ibu hamil anak kedua atau lebih, tetapi belum pernah melahirkan normal/spontan dengan bayi cukup bulan dan hidup,
 - g) Pernah mengalami kegagalan kehamilan (abortus, lahir mati),
 - h) Riwayat melahirkan dengan tindakan (*vacuum* ekstraksi, placenta lahir dengan cara manual, memiliki riwayat pernah diinfus/tranfusi oleh karena perdarahan post partum,
 - i) Riwayat bedah sesar.
- (2) Kelompok faktor risiko II (FR II) (ada gawat obstetri /AGO), yang termasuk dalam FR II ini meliputi:
 - a) Ibu hamil disertai dengan penyakit, (anemia, malaria, tuberculosis paru, payah jantung, kencing manis, penyakit menular seksual/PMS, dll.).

- b) Pre-eklampsia ringan
 - (a) Kehamilan ganda atau gamelli,
 - (b) Hamil dengan hidramnion (jumlah air ketuban 2000 cc atau lebih),
 - (c) Hamil serotinus (lebih bulan),
 - (d) *Intra uterin foetal death* (janin mati dalam kandungan),
 - (e) Hamil dengan kelainan letak (letak sungsang, letak sungsang).
- (3) Kelompok faktor risiko III (FR. III) (ada gawat darurat obstetri / AGDO) meliputi:
 - a) Perdarahan ante partum.
 - b) Pre eklampsia berat dan eklampsia.

b. Pengelolaan Faktor Risiko kehamilan

1) Pengelolaan

Istilah pengelolaan memiliki kesamaan dengan manajemen. Terdapat dua ideologi dalam mendefinisikan manajemen. Ideologi yang pertama menekankan pada pemanfaatan sumber – sumber daya dan tugas-tugas kearah pencapaian tujuan, dalam hal ini definisi manajemen adalah proses interaksi sumber-sumberdaya dan tugas-tugas untuk mencapai tujuan organisasi (Sulaeman, 2016b). Ideologi kedua menekankan pada pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen untuk mencapai tujuan, dalam hal ini definisi manajemen adalah proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian pekerjaan para anggota dalam organisasi dan penggunaan semua sumber-sumber daya organisasi yang telah ditetapkan (Sulaeman, 2016b). Dengan demikian dapat ditarik kesimpulan bahwa manajemen adalah proses dan upaya untuk mengoptimalkan masukan (*input*) sumber daya melalui fungsi-fungsi manajemen: perencanaan (P1), penggerakan dan pelaksanaan (P2), serta pengawasan, pengendalian, dan penilaian (P3) (Sulaeman, 2016b). Sejalan dengan definisi tersebut, pengelolaan atau manajemen dapat diartikan sebagai rangkaian kegiatan yang meliputi fungsi-fungsi manajemen, seperti perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan untuk mencapai tujuan secara efektif dan efisien (Adisasmita, 2011). Sementara, The Liang Gie (1968) mengartikan bahwa manajemen adalah segenap perbuatan menggerakkan sekelompok orang untuk

mencapai tujuan tertentu. Berdasarkan pendapat-pendapat para ahli di atas dapat disimpulkan bahwa pengelolaan merupakan serangkaian kegiatan yang terdiri dari merencanakan, mengorganisasikan dan mengarahkan, serta mengawasi kegiatan manusia dengan memanfaatkan bahan-bahan dan prasarana yang tersedia untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan secara efektif dan efisien.

Aplikasi manajemen dalam bidang kesehatan perlu adanya rumusan masalah dan jenis masalah dalam pelayanan kesehatan, meliputi masalah kesehatan dan masalah program. Kedua jenis masalah tersebut saling berhubungan satu dengan lainnya, namun yang lebih utama dalam membangun dinamika manajemen kesehatan adalah rumusan masalah kesehatan masyarakat karena kegiatan manajemen kesehatan harus ditujukan untuk memecahkan masalah kesehatan masyarakat.

Upaya untuk menurunkan kematian ibu akan lebih efektif apabila kejadian faktor risiko kehamilan dikelola dengan baik. Kader kesehatan sebagai orang yang berada ditengah-tengah masyarakat harus dapat mengembangkan potensi dirinya, tidak saja menjadi pelaksana namun juga harus pandai mengelola kesehatan masyarakat. Upaya untuk menurunkan AKI harus diawali dengan melakukan identifikasi tanda-tanda bahaya pada ibu hamil, yang dimungkinkan dapat menyebabkan kematian ibu di wilayahnya. Dengan ditemukannya berbagai faktor risiko atau tanda-tanda bahaya pada ibu hamil, maka dapat dilakukan pengelolaan faktor risiko tersebut dengan sebaik-baiknya, sehingga komplikasi kehamilan yang dapat menyebabkan kematian ibu dapat dicegah.

2) Upaya pencegahan

Pencegahan adalah tindakan antisipasi yang diambil untuk mengurangi kemungkinan timbulnya atau berkembangnya suatu kejadian atau kondisi, atau untuk meminimalkan kerusakan akibat kejadian, atau kondisi tersebut jika ini benar-benar terjadi (Pickett & Hanlon, 2009). Pada prinsipnya, upaya pencegahan lebih baik dari pengobatan. Menurut Murti (2016), dalam bidang epidemiologi dikenal tiga level pencegahan, yaitu:

(1) Pencegahan primer

Pencegahan level primer ini meliputi:

- (a) Promosi kesehatan masyarakat, antara lain kampanye kesehatan masyarakat, peningkatan kesehatan, edukasi kesehatan masyarakat.
- (b) Pencegahan khusus, contohnya, menghindari keterpaparan, pemberian kemo preventif.

(2) Pencegahan sekunder

Pencegahan level sekunder ini meliputi:

- (a) Diagnosis dini dengan melakukan penapisan.
- (b) Pengobatan, misalnya kemoterapi atau tindakan bedah.
- (3) Pencegahan tersier.

Pencegahan level tersier ini meliputi: pembatasan kecacatan dan rehabilitasi.

3) Pencegahan kehamilan dengan faktor risiko

Menurut Kusmiyati *et al.* (2008), sebagian besar kematian ibu hamil tidak perlu terjadi, apabila kehamilan dengan risiko tinggi gejalanya ditemukan sedini mungkin, dan dilakukan penanganan secara adekuat di fasilitas pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kondisi ibu hamil. Tindakan pencegahan kematian ibu antara lain:

- (1) Periksa kehamilan sedini mungkin semenjak ibu merasa hamil, selanjutnya tetap periksa secara teratur dengan frekuensi minimal empat kali kunjungan selama masa kehamilan yaitu: (1) Satu kali kunjungan pada trimester pertama (tiga bulan pertama), (2) Satu kali kunjungan pada trimester kedua (antara bulan keempat sampai bulan keenam), (3) Dua kali kunjungan pada trimester ketiga (bulan ketujuh sampai bulan kesembilan).
- (2) Dilakukan skrining terkait dengan status imunisasi tetanus toxoid (TT) ibu hamil. Imunisasi TT atau suntikan anti tetanus, berguna untuk mencegah penyakit tetanus pada bayi baru lahir, jika status imunisasi TT ibu hamil tersebut belum lengkap.
- (3) Ibu hamil dengan risiko tinggi, seharusnya lebih sering dan intensif dalam melakukan pemeriksaan kehamilan.
- (4) Makan makanan dengan menu seimbang, sesuai kebutuhan ibu hamil, untuk meningkatkan kesehatan ibu dan terhindar dari penyakit- penyakit yang disebabkan oleh karena kekurangan zat gizi.

- (5) Menjauhi berbagai hal yang dapat memicu terjadinya komplikasi pada ibu hamil: (1) dekat dengan penderita penyakit menular; (2) asap rokok dan tidak merokok; (3) tidak mengonsumsi makanan dan minuman yang mengandung alkohol; (4) bekerja terlalu berat; (5) penggunaan obat-obatan tanpa petunjuk dokter/bidan; (6) pijat/urut pada perut selama hamil; (7) pantangan terhadap makanan yang dibutuhkan ibu hamil.
- (6) Mewaspada tanda-tanda kehamilan dengan risiko tinggi dan berbagai penyakit yang menyertai kehamilan.
- (7) Segera kunjungi fasilitas kesehatan (pemerintah atau swasta) jika merasa ada kekawatiran atau ditemukan tanda-tanda kehamilan dengan risiko tinggi.

Hasil penelitian Graner (2010) di Vietnam menyimpulkan bahwa pengetahuan tentang komplikasi kehamilan dan tanda-tanda maupun gejala yang berhubungan, dan kepercayaan diri yang tinggi dalam perawatan kesehatan maternal kemungkinan menyumbang pada status maternal dan hasil kehamilan yang relatif bagus.

4) Faktor-faktor yang memengaruhi kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan

Robbins (2003) menjelaskan bahwa kemampuan (*ability*) adalah kapasitas individu untuk melaksanakan berbagai tugas dalam pekerjaan tertentu. Kemampuan merupakan *output* atas apa yang dapat dilakukan seseorang. Kemampuan seseorang pada intinya terdiri dari unsur intelektual dan fisik. Kemampuan intelektual tertuju pada berbagai aktivitas mental, berpikir, menalar dan memecahkan masalah. Sementara, kemampuan fisik tertuju pada tugas-tugas yang menuntut stamina, ketrampilan, kekuatan dan karakteristik serupa. Kemampuan intelektual dan fisik tertentu yang dibutuhkan untuk melakukan pekerjaan dengan baik, ditentukan oleh persyaratan kemampuan dari pekerjaan tersebut.

Menurut Mangkuprawira dan Vitayala (2007), faktor-faktor yang memengaruhi kinerja/kemampuan seseorang terdiri dari faktor intrinsik (pendidikan, pengalaman, motivasi, kesehatan, usia, ketrampilan, emosi,

spiritual) dan faktor ekstrinsik (lingkungan kerja fisik dan non fisik, kepemimpinan, komunikasi vertikal dan horizontal, kompensasi, kontrol berupa penyeliaan, fasilitas, pelatihan, beban kerja, proses kerja, sistem imbalan, dan hukuman). Sementara, Palaia (2010) menyatakan bahwa kemampuan relawan untuk melaksanakan jangkauan program dipengaruhi oleh ketersediaan alat bantu kerja dan dukungan masyarakat.

Menganalisis berbagai faktor yang berpengaruh terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan, teori PRECEDE-PROCEED oleh Green dan Kreuter (2005) menganalisis kebutuhan kesehatan masyarakat melalui beberapa tahapan/fase, meliputi fase penilaian sosial, epidemiologis, pendidikan/organisasi dan administrasi/kebijakan. Penilaian pendidikan maupun perilaku menitik beratkan pada hubungan antara perilaku dengan lingkungan. Bila dilihat dari sudut pandang perilaku teori ini menitikberatkan pada tiga faktor utama: (1) faktor predisposisi (*predisposing factor*) kepercayaan, tradisi, dan sistem nilai di masyarakat setempat, pengetahuan dan sikap seseorang atau masyarakat tersebut terhadap apa yang akan dilakukan); (2) faktor pendorong (*enabling factor*), yaitu perilaku tersebut juga dilakukan oleh para tokoh masyarakat, peraturan, undang-undang, surat keputusan dari pejabat pemerintahan dan lain sebagainya, (3) faktor pendukung (*reinforcing factor*) perilaku diantaranya adalah: pelatihan, supervisi, fasilitas, sarana, prasarana yang mendukung atau yang memfasilitasi terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat. Promosi kesehatan merupakan strategi pendekatan perilaku kesehatan, maka aktivitasnya tidak terlepas dari determinan perilaku tersebut (Green & Kreuter, 2005).

Lebih lanjut, dalam upaya mengatasi masalah kesehatan telah dikembangkan teori *Health Belief Model* (HBM), yaitu teori psikologi dan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan. HBM diciptakan atas dasar anggapan bahwa individu akan melakukan perilaku oleh karena individu tersebut: (1) merasa bahwa kondisi kesehatan yang buruk dapat diantisipasi atau dicegah, (2) adanya keyakinan yang positif bahwa dengan bertindak sesuai

perilaku yang dianjurkan, ia akan terbebas dari kondisi kesehatan yang buruk, (3) individu merasa yakin bahwa ia akan berhasil dalam melakukan perilaku yang dianjurkan. HBM terdiri dari empat komponen utama, yaitu: persepsi kerentanan, persepsi keseriusan, persepsi manfaat dan persepsi hambatan. Selanjutnya teori ini menambahkan komponen isyarat untuk bertindak, dan ditambah lagi komponen efikasi diri. Teori ini merekomendasikan bahwa isyarat untuk bertindak dapat mempengaruhi individu peduli pada hal-hal yang berpotensi membawa risiko bagi kesehatan dan menimbulkan inisiatif untuk berperilaku sehat. Isyarat tersebut meliputi pendidikan, gejala penyakit dan media informasi. Model ini juga menyatakan bahwa faktor demografi, psikologi dan budaya dapat mempengaruhi persepsi individu pada faktor *benefit* dan *barrier* dalam melakukan tindakan pencegahan (Shumaker, *et al*, 2009).

Diperkuat oleh *Theory of Planned Behavior* yang menjelaskan bahwa dilakukan tidaknya perilaku dimotivasi oleh niat untuk berperilaku, yang dipengaruhi oleh tiga faktor yakni sikap berperilaku (*attitudes toward behavior*) dan norma subjektif (*subjective norm*) serta persepsi kontrol perilaku (*perceived control behavior*). Sikap terhadap perilaku dan norma sosial menghasilkan niat. Niat berperilaku dipengaruhi oleh persepsi adanya ancaman suatu penyakit, disamping itu teori ini juga menggambarkan peranan tiga determinan penting perilaku yaitu informasi, motivasi dan ketrampilan.

Berdasarkan uraian di atas, ketiga model tersebut berhubungan dengan pencegahan ancaman kesehatan, hal tersebut sudah tampak jelas kebenarannya bahwa ancaman semacam itu membangkitkan kecenderungan perilaku yang mencerminkan usaha-usaha untuk mengatasi situasi. Sejalan dengan model-model tersebut diatas maka dirumuskan bahwa faktor-faktor yang memengaruhi kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan adalah sebagai berikut:

a) Usia

Terdapat kepercayaan yang luas bahwa dengan bertambahnya usia akan menurunkan kinerja pekerjaan, hal ini sering diduga bahwa kemampuan seseorang, khususnya kecepatan, kelincahan, kekuatan, dan koordinasi

berkurang sehubungan dengan bertambahnya waktu dan rasa kebosanan yang berlarut-larut serta kurangnya stimulan intelektual terhadap pekerjaan, memiliki andel dalam penurunan produktivitas. Akan tetapi, tidak sedikit yang mempersepsikan bahwa para pekerja yang lebih tua memiliki kualitas positif pada hasil pekerjaan mereka, pekerja yang lebih tua pada umumnya telah memiliki pengalaman, penilaian, etika kerja yang kuat, dan komitmen terhadap kualitas. Hasil penelitian McGregor dan Gray (2002) menunjukkan bahwa pekerja dengan usia lanjut dapat diandalkan, loyal, berkomitmen pada pekerjaan serta bersedia untuk bertahan lebih lama di pekerjaannya, namun pekerja dengan usia yang lebih tua cenderung lebih sulit untuk menerima perubahan dan kurang dalam penguasaan teknologi, khususnya teknologi komputer. Sebagian kalangan juga mempersepsikan bahwa pekerja-pekerja yang lebih tua dianggap kurang fleksibel dan sering menolak teknologi baru (Robbins dan Judge, 2008). Sementara, Ife dan Tesoriero (2008) menyatakan bahwa orang-orang yang lebih tua, memiliki peran lebih banyak dibandingkan dengan orang yang masih muda. Sebagai gambaran, kondisi relawan kesehatan masyarakat di Thailand berusia tua antara 50 – 59 tahun dan *mean* usia $59,1 \pm 10,8$ tahun (Gau *et al.*, 2013a; Gau *et al.*, 2013b).

b) Pendidikan

Menurut Mudyahardjo (2001) pengertian pendidikan dapat dibagi menjadi tiga, yakni secara sempit, luas dan alternatif. Definisi pendidikan secara luas adalah mengartikan pendidikan sebagai hidup. Pendidikan adalah segala pengalaman belajar yang berlangsung dalam lingkungan dan sepanjang hidup (*long life education*). Pendidikan adalah segala situasi hidup yang mempengaruhi pertumbuhan individu. Sedangkan dalam arti sempit pendidikan adalah sekolah. Pendidikan adalah pengajaran yang diselenggarakan di sekolah sebagai lembaga pendidikan formal. Pendidikan adalah segala pengaruh yang diupayakan sekolah terhadap anak dan remaja yang diserahkan kepadanya agar mempunyai kemampuan yang sempurna dan kesadaran penuh terhadap hubungan-hubungan dan tugas-tugas sosial mereka. Sementara, secara alternatif pendidikan didefinisikan sebagai usaha sadar yang dilakukan oleh keluarga,

masyarakat dan pemerintah, melalui kegiatan bimbingan, pengajaran atau latihan yang berlangsung di sekolah dan luar sekolah sepanjang hayat untuk mempersiapkan peserta didik agar dapat memainkan peranan dalam berbagai lingkungan secara tepat di masa yang akan datang.

Makin tinggi pendidikan masyarakat, makin tinggi kesadarannya terhadap kesehatan. Tingkat pendidikan seseorang akan memengaruhi perilaku. Tingkat pendidikan seseorang akan memengaruhi perilaku. Hasil penelitian van Zutphen *et al.* (2008), tentang program gaya hidup sehat melalui pendaftaran di program-program (di rumah) menunjukkan bahwa 17% ($n = 238$) dari wanita yang terdaftar menerima informasi dari bidan. Kebanyakan wanita berpendidikan tinggi (68%) dan sudah memiliki gaya hidup sehat. Sekitar setengah dari mereka (52%) terus menggunakan program selama kehamilan. Demikian juga menurut hasil penelitian Sulaeman (2012), menunjukkan bahwa kemampuan mengenali problem kesehatan lokal pada program desa siaga/DS3 dipengaruhi oleh tingkat pendidikan. Semakin tinggi tingkat pendidikan semakin mampu mengenali dan mencari jalan keluar dalam mengatasi problem kesehatan kesehatan dan semakin rendah, semakin kurang mampu mengenali dan mencari jalan keluar plproblem kesehatan. Penelitian Gau *et al.* (2013a) menyatakan bahwa kader kesehatan masyarakat di Taiwan tidak selalu memiliki ketrampilan merawat karena kurangnya pendidikan yang berkelanjutan. Sementara dari penelitian Gau *et al.* (2013b), didapatkan 39.8% partisipan berpendidikan SMA atau lebih tinggi.

c) Pengetahuan

Hamdani (2011) menyatakan bahwa pengetahuan adalah kesan dalam alam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan pancainderanya, yang berbeda dengan kepercayaan (*belief*), takhayul (*superstitions*), dan penerangan-penerangan yang keliru (*misinformations*). Pengetahuan dipengaruhi oleh: pendidikan, pekerjaan, umur, minat, pengalaman, kebudayaan lingkungan sekitar, dan informasi (Mubarak, 2011). Hasil penelitian Haribowo *et al.* (2012) menyatakan bahwa tingkat pendidikan menjadi faktor utama dalam pengetahuan pasien di Poliklinik kebidanan terhadap AKDR di Puskesmas Kramat Jati Jakarta Timur. Lebih

lanjut Sulaeman (2012), membuktikan bahwa kemampuan mengidentifikasi dan memecahkan masalah kesehatan local dipengaruhi oleh pengetahuan. Semakin tinggi pengetahuan, semakin tinggi kesadaran akan kesehatan.

d) Sikap

Sikap adalah kecenderungan merespon sesuatu secara konsisten untuk mendukung atau tidak mendukung dengan memperhatikan objek tertentu (Kreitner dan Kinicki (2005). Sikap adalah sebuah organisasi keyakinan, perasaan, dan kecenderungan perilaku yang relatif bertahan terhadap objek, kelompok, peristiwa atau simbol sosial yang signifikan (Hogg & Vaughan, 2005). Sikap selalu ditujukan kepada suatu objek. Sikap ditujukan kepada benda-benda, orang, peristiwa, pandangan, lembaga, norma dan lain-lain. Robbins dan Judge (2008), mendefinisikan sikap (*attitude*) sebagai pernyataan evaluatif, baik yang menyenangkan maupun tidak menyenangkan terhadap objek, individu, atau peristiwa.

Selanjutnya Robbins dan Judge (2008) menyebutkan bahwa sikap terdiri dari tiga komponen pokok yaitu: (1) komponen kognitif, merupakan segmen opini atau keyakinan dari sikap, (2) komponen afektif, merupakan segmen emosional atau perasaan dari sikap, dan (3) komponen konatif (perilaku), merupakan niat untuk berperilaku dalam cara tertentu terhadap seseorang atau sesuatu. Komponen-komponen ini sangat berkaitan dan sulit dipisahkan, kognitif dalam hal ini kesadaran menimbulkan perasaan yang kemudian akan menghasilkan perilaku.

Sikap terhadap suatu perilaku (*attitude*) berpedoman pada tingkat seseorang menilai suatu perilaku itu baik atau tidak baik, dan dapat pula dikatakan penelitian seseorang terhadap suatu perilaku. Sikap terhadap suatu perilaku (*attitude toward behavior*) ditentukan oleh keyakinan terhadap suatu perilaku (*behavior beliefs*) dan biaya atau keuntungan dari perilaku tersebut (Ajzen, 2005).

Kekuatan yang dengannya suatu sikap dipegang seringkali merupakan prediktor perilaku yang baik. Semakin kuat sikap, semakin besar kemungkinan hal itu mempengaruhi perilaku. Kekuatan sikap meliputi: pentingnya/relevansi

pribadi mengacu pada seberapa signifikan sikap bagi orang tersebut dan berkaitan dengan kepentingan pribadi, identifikasi dan nilai sosial. Jika sikap memiliki kepentingan pribadi yang tinggi bagi seseorang (yaitu dipegang oleh kelompok, orang tersebut adalah anggota atau ingin menjadi anggota, dan terkait dengan nilai seseorang), hal itu akan menjadi sangat penting. Sebagai konsekuensinya, sikap akan memiliki pengaruh yang sangat kuat terhadap tingkah laku seseorang. Sebaliknya, sikap tidak akan penting bagi seseorang jika hal itu tidak berhubungan dengan kehidupan mereka. Aspek pengetahuan tentang kekuatan sikap mencakup seberapa banyak orang mengetahui tentang objek sikap. Pada umumnya, seseorang lebih tahu tentang topik yang menarik minat mereka dan cenderung memiliki sikap kuat (positif atau negatif) sebagai konsekuensinya. Sikap berdasarkan pengalaman langsung mempengaruhi perilaku lebih kuat dari sekedar sikap yang terbentuk secara tidak langsung (McLeod, 2014).

e) Pengalaman

Pengalaman adalah pengetahuan atau penguasaan suatu peristiwa atau subjek yang didapat melalui keterlibatan atau pemaparan terhadapnya. Seseorang dengan pengalaman yang cukup dalam bidang tertentu bisa mendapatkan reputasi sebagai seorang ahli. Pengalaman ialah hasil perpaduan alam dengan panca indra manusia. Pengalaman berasal dari kata peng-alam-an. Pengalaman memungkinkan seseorang menjadi tahu dan hasil tahu ini kemudian disebut pengetahuan (Vardiansyah, 2008). Pengalaman adalah suatu kejadian yang pernah dirasakan seseorang dalam berasosiasi dengan lingkungannya. Orang akan berusaha melupakan pengalaman yang kurang menyenangkan. Sebaliknya jika pengalaman tersebut menyenangkan, dan secara psikologis dapat memunculkan kesan yang sangat mendalam dan membekas dalam emosi kejiwaan seseorang. Pengalaman yang baik akan mengantarkan seseorang untuk membentuk sikap positif dalam kehidupan (Azwar, 2016; Mubarak, 2011). Sementara, menurut Hariandja (2005) pengalaman kerja didasarkan pada jenis pekerjaan yang pernah dikerjakan selama periode tertentu. Lebih lanjut, Martoyo

(2007) menyatakan bahwa pengalaman kerja didasarkan pada masa kerja atau jangka waktu pegawai dalam bekerja.

Ife dan Tesoriero (2008) menyatakan bahwa seseorang dapat memperoleh kebijaksanaan praktis itu hanya melalui pengalaman, dan apapun yang dicitakan oleh pekerja masyarakat akan lebih baik diarahkan untuk memperoleh pengalaman sebanyak banyaknya dalam berbagai organisasi berbasis masyarakat. Seorang pekerja masyarakat yang telah menyelesaikan gelar dalam pengembangan masyarakat tetapi tidak mendapat pengalaman secara langsung dari berbagai organisasi masyarakat, dalam banyak kasus, tidak akan efektif, sementara seorang anggota masyarakat yang berpengalaman tanpa melalui pelatihan formal, namun kaya akan pengalaman dalam organisasi masyarakat akar rumput akan memiliki sebuah level yang jauh lebih tinggi dari ketrampilan kerja masyarakat. Hasil penelitian Hariastuti (2014) menunjukkan bahwa durasi partisipasi kader kesehatan berpengaruh signifikan terhadap keberhasilan dalam memberdayakan akseptabilitas alat kontrasepsi dan penggunaan layanan. Sejalan dengan hasil penelitian ini, Coatsworth, *et al.* (2017) melaporkan bahwa pengalaman memberikan perawatan kesehatan di Negara berkembang memaksa mereka untuk bertindak kreatif.

f) Motivasi

Robbins dan Judge (2008) menyebutkan bahwa motivasi sebagai proses yang menjelaskan keseriusan, arah dan ketekunan usaha untuk mencapai suatu tujuan. Motivasi adalah kekuatan yang ada dalam diri individu yang mendorong individu bergerak atau bertindak (Uno, 2011). Motivasi tidak dapat diamati secara langsung tetapi dapat ditafsirkan dalam tingkah lakunya berupa rangsangan dorongan timbulnya ingkah laku tertentu. Sedangkan motivasi kerja adalah kondisi yang memengaruhi, membangkitkan menggerakkan, dan memelihara perilaku seseorang untuk melaksanakan pekerjaan mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Pengertian motivasi tidak terlepas dari kebutuhan atau *needs* atau *want*. Kebutuhan adalah suatu “potensi” dalam diri manusia yang perlu ditanggapi atau direspons. Tanggapan terhadap kebutuhan tersebut diwujudkan dalam bentuk

tindakan untuk pemenuhan kebutuhan tersebut, dan hasilnya adalah orang yang bersangkutan merasa atau menjadi puas. Apabila kebutuhan tersebut belum direspon (baca: dipenuhi) maka akan selalu berpotensi untuk muncul kembali sampai dengan terpenuhinya kebutuhan yang dimaksud (Uno, 2011). Lebih spesifik lagi dikemukakan oleh Hasibuan (2007), mengatakan bahwa: “Teori motivasi mempunyai sub variabel yaitu: motif, harapan dan insentif, adapun pengertiannya adalah: (a) motif (*motive*) adalah suatu perangsang keinginan (*want*) dan daya penggerak kemauan bekerja seseorang. Setiap motif punya tujuan tertentu yang ingin dicapai, (b) harapan (*expectancy*) adalah suatu kesempatan yang diberikan terjadi karena perilaku untuk tercapainya tujuan, (c) insentif (*incentive*), yaitu memotivasi (merangsang) bawahan dengan memberikan hadiah (imbalan) kepada mereka yang berprestasi di atas prestasi standar. Dengan demikian, semangat kerja bawahan akan meningkat karena umumnya manusia senang menerima yang baik-baik saja” (Riduwan, 2013).

Lebih lanjut, Akintalo (2010) meneliti hal yang menjadi motivasi relawan menjadi perawat penderita AIDS berbasis rumah di Afrika Selatan. Hasil penelitian menemukan beberapa motivasi di antaranya adalah: menjadi relawan merupakan karir dan menghindari pengangguran, mendapat kesempatan belajar untuk merawat orang lain dan dirinya sendiri, untuk pengembangan diri sendiri dan menarik hal-hal yang baik untuk dirinya sendiri, merupakan panggilan agama, untuk mendapat pengakuan dari komunitas, mendapat pengalaman yang efektif merawat penderita AIDS dalam keluarga dan termotivasi untuk alasan sosial. Demikian juga penelitian Palaia (2010) tentang intervensi HIV/AIDS berbasis relawan menunjukkan hasil bahwa sumber motivasi diantara relawan yang bertugas pada bidang VCT HIV adalah kekuatan dukungan sosial, dukungan program, dan harapan akan penghasilan. Sementara hasil penelitian Bird *et al.* (2016) menunjukkan bahwa motivasi memiliki peran yang besar dalam memengaruhi kinerja dan kepuasan. Lebih lanjut hasil penelitian Glenton *et al.* (2010) di Nepal yang menunjukkan bahwa *stakeholder* melihat motivasi utama relawan adalah kehormatan sosial, kewajiban moral dan agama. Sejalan dengan hasil penelitian ini Singh *et al.* (2016) menyatakan bahwa kader

kesehatan dapat dipertahankan dan dimotivasi oleh faktor-faktor selain upah. Memperoleh dan berbagi pengalaman dengan anggota masyarakat, membangun hubungan antar kader kesehatan dan masyarakat memiliki nilai yang lebih tinggi daripada sekedar diangkat menjadi pegawai atau memperoleh uang transport.

g) Kepemimpinan

Robbins (2003) mendefinisikan kepemimpinan sebagai *“the ability to influence a group toward the achievement of goals”* (Kepemimpinan adalah kemampuan untuk memengaruhi suatu kelompok guna mencapai serangkaian tujuan). Kata “kemampuan”, “pengaruh” dan “kelompok” adalah konsep kunci dari definisi Robbins. Salah satu prinsip dalam sub sistem manajemen dan informasi kesehatan yang disebutkan dalam Sistem Kesehatan Nasional tahun 2009 adalah kepemimpinan yang visioner bidang kesehatan, yaitu kepemimpinan yang mempunyai visi, keteladanan, dan bertekad dalam pembangunan kesehatan. Promosi kesehatan sebagai upaya pemberdayaan masyarakat dalam implementasinya diperlukan strategi dan manajemen pemberdayaan masyarakat yang dilakukan melalui pengembangan kepemimpinan lokal. Menurut Soetomo (2011), terdapat beberapa prinsip dalam pengembangan masyarakat, yaitu (1) fokus perhatian ditujukan pada komunitas sebagai suatu kebulatan, (2) berorientasi pada kebutuhan dan permasalahan masyarakat, (3) mengutamakan prakarsa, partisipasi, dan swadaya masyarakat. Kegiatan pengembangan masyarakat membutuhkan kepemimpinan lokal yang kuat. Menurut Priyandono (2011), guna mewujudkan kepemimpinan lokal yang kuat, perlu memadukan sumberdaya yang dimiliki individu seperti pengetahuan, keahlian, kompetensi, pengalaman, dan visi kepemimpinan dengan sumberdaya yang dimiliki organisasi baik material maupun non material (teknologi, piranti, bangunan, sistem, aturan, norma, konvensi, dan nilai). Kepemimpinan lokal adalah tokoh masyarakat, pemimpin formal dan nonformal yang mempunyai pengaruh besar dalam pengambilan keputusan dan mendorong warga masyarakat untuk melaksanakannya (Wass, 1997). Uraian diatas juga didukung oleh Sulaeman (2012), bahwa kepemimpinan berhubungan dengan kemampuan mengidentifikasi dan memecahkan masalah kesehatan lokal pada program desa

siaga/KS3, dalam hal ini peran kepemimpinan desa sangat menentukan keberhasilan program desa siaga/KS3.

h) Kompensasi

Dalam pengembangan kader kesehatan terdapat unsur kesukarelaan (*volunteerism*) yang merupakan hal penting, karena fungsi sebagai kader kesehatan memang merupakan suatu tugas sosial. Tetapi tidak berarti seorang kader kesehatan tidak memerlukan penghargaan (*reward*), baik yang bersifat non material ataupun yang bersifat material (Sasongko, 2010). Kompensasi adalah semua pendapatan yang berbentuk uang, barang langsung atau tidak langsung yang diterima karyawan sebagai imbalan atas jasa yang diberikan kepada perusahaan (Hasibuan, 2007; Panggabean, 2004; Rivai, 2004). Kompensasi diberikan dengan tujuan memberikan rangsangan dan motivasi kepada tenaga kerja untuk meningkatkan prestasi kerja, serta efisiensi dan efektivitas produksi. Oleh karena itu, bila kompensasi diberikan secara benar, para karyawan akan lebih terpuaskan dan termotivasi untuk mencapai sasaran-sasaran organisasi.

Apresiasi dan penghargaan merupakan faktor yang memfasilitasi tumbuhnya peran serta (Ife dan Tesoriero, 2008). Pemberian berbagai *reward* pada kader kesehatan meskipun bersifat lokal dapat merangsang kader kesehatan dalam melakukan inovasi (Ife dan Tesoriero, 2008). Hasil penelitian Wirapuspita (2013) tentang insentif dan kinerja kader kesehatan Posyandu menemukan bahwa variabel yang berhubungan dengan kinerja kader kesehatan adalah pemberian bantuan operasional, piagam, uang transport, dan pelatihan. Sementara, Alam *et al.* (2012) menyatakan bahwa untuk meningkatkan kinerja relawan kesehatan masyarakat dapat digunakan insentif keuangan dan non keuangan. Lebih lanjut, hasil penelitian Ludwick *et al.* (2013) juga menyatakan bahwa salah satu motivasi menjadi relawan adalah mendapat uang transport. Lebih lanjut, Knighton *et al.* (2018) menyatakan bahwa pengalaman kerja merupakan salah satu prediktor kompensasi tahunan. Semakin lama pengalaman kerja semakin besar kompensasi yang diterima

i) Beban kerja

Beban kerja adalah pekerjaan yang dibebankan kepada tenaga kerja, baik berupa beban fisik maupun beban mental yang menjadi tanggung jawabnya. Sementara, menurut Tarwaka (2011), beban kerja merupakan sesuatu yang muncul dari interaksi antara tuntutan tugas-tugas lingkungan kerja yang digunakan sebagai tempat kerja, keterampilan dan persepsi dari pekerja. Beban kerja kadang-kadang didefinisikan secara operasional pada faktor-faktor seperti tuntutan tugas atau upaya-upaya yang dilakukan untuk melakukan pekerjaan. Hasil penelitian Gau *et al.* (2013a) menunjukkan bahwa beban kerja relawan kesehatan masyarakat di Taiwan berlebih karena harapan pasien terlalu besar. Sejalan dengan hal ini, Gau *et al.* (2013b), juga melakukan penelitian yang sama pada relawan yang bekerja di rumah sakit, Puskesmas dan masyarakat, dengan hasil beban relawan relatif rendah, perbedaan yang signifikan tergantung pada jumlah orang yang dilayani dalam satu minggu, bila yang dilayani lebih banyak maka beban juga banyak, relawan yang melayani daerah pedesaan lebih ringan daripada yang di kota, relawan yang kesehatannya kurang baik merasa beban yang ditanggung lebih berat, relawan yang jam kerjanya lebih banyak beban kerjanya juga banyak, dan relawan yang bekerja di rumah sakit beban kerja lebih berat dibandingkan dengan yang bekerja di Puskesmas atau masyarakat, sedangkan janda atau duda merasa beban kerja lebih ringan. Sementara, hasil penelitian Kuule *et al.* (2017) menunjukkan bahwa makin banyak beban kerja relawan, makin turun pula kinerjanya.

j) Pendidikan dan Pelatihan

Menurut Flipppo (2011), pendidikan berhubungan dengan peningkatan pengetahuan umum dan pemahaman atas lingkungan kita secara menyeluruh. Sastrohadiwiryono (2003) memberi definisi: "Pendidikan adalah segala sesuatu untuk membina kepribadian dan mengembangkan kemampuan manusia, jasmaniah, dan rohaniyah yang berlangsung seumur hidup, baik didalam maupun di luar sekolah, untuk pembangunan persatuan dan masyarakat adil dan makmur dan selalu ada dalam keseimbangan, sedangkan pelatihan adalah bagian pendidikan yang menyangkut proses belajar untuk memperoleh dan

meningkatkan keterampilan diluar sistem pendidikan yang berlaku dalam waktu yang relatif singkat, dan dengan metode yang lebih mengutamakan praktek daripada teori”. Sementara, menurut Rachmawati (2008): ”Pelatihan merupakan unsur kompleks yang diberikan untuk membantu karyawan mempelajari keterampilan yang akan meningkatkan kinerja mereka di mana akan membantu perusahaan mencapai sasarannya, sedangkan pendidikan adalah kegiatan yang diberikan untuk memperoleh pengetahuan yang akan meningkatkan kinerja karyawan serta akan membantu organisasi mencapai sasaran”. Sementara, Ife dan Tesoriéro (2008) menyebutkan bahwa pelatihan adalah peran edukatif yang paling spesifik, karena hal tersebut melibatkan bagaimana mengajarkan penduduk untuk melakukan sesuatu.

Pendidikan dan pelatihan adalah suatu usaha untuk memelihara, meningkatkan kemampuan, kapasitas maupun profesionalisme pegawai (Ambar, 2009). Pendidikan dan pelatihan merupakan suatu proses yang akan menghasilkan *output* berupa suatu perubahan perilaku dan peningkatan kemampuan berupa pengetahuan dan keterampilan peserta pendidikan dan pelatihan. Pendidikan dan pelatihan yang ada dalam suatu organisasi merupakan upaya pengembangan sumber daya manusia, dan dijadikan sebagai suatu siklus yang harus terjadi secara terus-menerus. Menurut Ife dan Tesoriero (2008), pelatihan masyarakat lokal merupakan faktor yang memfasilitasi tumbuhnya peran serta masyarakat. Hasil penelitian Mukrimah dan Hamsinah (2014) menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pelatihan dengan kinerja kader kesehatan ($p = 0,004$). Senada dengan uraian di atas, hasil penelitian Gau *et al.* (2013a) menyatakan bahwa relawan kesehatan masyarakat kurang memiliki ketrampilan dikarenakan kurangnya orientasi program, kurangnya pendidikan dan kurangnya dukungan dari peran mereka. Lebih lanjut, hasil penelitian Kuule *et al.* (2017) menunjukkan bahwa relawan yang mendapat pelatihan lebih banyak memiliki kinerja yang lebih baik relawan yang mendapat pelatihan lebih banyak memiliki kinerja yang lebih baik

k) Supervisi

Secara umum, yang dimaksud dengan supervisi adalah melakukan pengamatan secara langsung dan berkala oleh atasan terhadap pekerjaan yang dilaksanakan oleh bawahan untuk kemudian apabila ditemukan masalah, segera diberikan petunjuk atau bantuan yang bersifat langsung guna mengatasinya (Azwar, 2010). Muninjaya (2004) menyatakan bahwa supervisi adalah salah satu bagian proses atau kegiatan dari fungsi pengawasan dan pengendalian (*controlling*).

Supervisi bertujuan untuk memberikan bantuan kepada bawahan secara langsung sehingga dengan bantuan tersebut bawahan memiliki bekal yang cukup untuk dapat melaksanakan tugas atau pekerjaan dengan hasil yang baik. Supervisi bukan semata-mata untuk mencapai hasil yang baik, dan karena itu supervisi bukanlah mengambil alih tugas bawahan, melainkan memberikan bekal kepada bawahan, sehingga bawahan tersebut, untuk seterusnya dapat melaksanakan tugas dan pekerjaan dengan baik (Azwar, 2010).

Supervisi bermanfaat untuk: (1) dapat meningkatkan efektivitas kerja, peningkatan efektivitas kerja ini erat hubungannya dengan peningkatan pengetahuan dan keterampilan bawahan, serta makin terbinanya hubungan dan suasana kerja yang lebih harmonis antara atasan dan bawahan, (2) dapat lebih meningkatkan efesiensi kerja, peningkatan efesiensi kerja ini erat kaitannya dengan makin berkurangnya kesalahan yang dilakukan bawahan, sehingga pemakaian sumber daya (tenaga, harta dan sarana) yang sia-sia akan dapat dicegah. Apabila kedua peningkatan ini dapat diwujudkan, sama artinya dengan telah tercapainya tujuan suatu organisasi. Tujuan pokok dari supervisi ialah menjamin pelaksanaan berbagai kegiatan yang telah direncanakan secara benar dan tepat, dalam arti lebih efektif dan efisien, sehingga tujuan yang telah ditetapkan organisasi dapat dicapai dengan memuaskan (Azwar, 2010).

l) Persepsi tentang kerentanan

Persepsi tentang kerentanan yaitu tentang kerentanan yang dirasakan kemungkinan seseorang dapat terkena suatu penyakit. Agar seseorang bertindak untuk mengobati atau mencegah penyakitnya, ia harus merasakan bahwa ia

rentan (*susceptible*) terhadap penyakit tersebut. Dengan kata lain, suatu tindakan pencegahan terhadap suatu penyakit akan timbul apabila seseorang telah merasakan bahwa ia atau keluarganya rentan terhadap penyakit tersebut. Penelitian oleh Fibriana (2013) menunjukkan bahwa wanita pekerja seks yang memiliki pemahaman tentang risiko penyakit HIV/AIDS dalam kategori rendah, cenderung lebih banyak tidak melakukan VCT, dibandingkan dengan wanita pekerja seks yang memiliki pemahaman tinggi. Sebaliknya wanita pekerja seks yang memiliki pemahaman tentang risiko penyakit HIV/AIDS dalam kategori tinggi, ia cenderung lebih banyak, untuk melakukan VCT dibandingkan dengan wanita pekerja seks yang pemahamannya rendah. Hasil penelitian ini sebagai gambaran bahwa bila seseorang memiliki kerentanan terhadap suatu penyakit, maka orang tersebut akan berupaya mencegahnya, artinya gambaran hasil penelitian ini juga bisa berlaku pada bidang kesehatan ibu. Berbeda dengan penelitian Rahman *et al.* (2013) bahwa persepsi kerentanan terhadap kehamilan, tidak memiliki dampak pada penggunaan metode pengendalian kelahiran oleh remaja dan wanita dewasa muda yang berpenghasilan rendah terhadap seks yang lebih aman atau tingkat kehamilan berikutnya.

m) Persepsi tentang keseriusan

Persepsi tentang keseriusan adalah seseorang mengevaluasi keseriusan penyakit bila ia membiarkan masalah kesehatannya atau membiarkan penyakitnya tidak ditangani. Tindakan individu untuk mencari pengobatan dan pencegahan penyakit akan didorong pula oleh keseriusan penyakit tersebut terhadap individu atau masyarakat. Penelitian oleh Fibriana (2013) menunjukkan bahwa wanita pekerja seks dengan pemahaman tentang tingkat keparahan penyakit HIV/AIDS rendah memiliki rasio lebih besar untuk tidak melakukan VCT dibandingkan dengan wanita pekerja seks yang pemahamannya tinggi. Sebaliknya, wanita pekerja seks yang pemahaman tentang keparahan penyakit HIV/AIDS tinggi memiliki rasio lebih besar untuk melakukan VCT dibandingkan dengan wanita pekerja seks yang pemahamannya rendah. Demikian juga hasil penelitian Kasmaei *et al.* (2014), menunjukkan bahwa persepsi keseriusan memiliki peran penting dalam memicu perilaku sehat. Lebih

lanjut hasil penelitian Kamran *et al.* (2016) menunjukkan bahwa responden dengan persepsi keseriusan tinggi menunjukkan kepatuhan pada pengobatan yang lebih besar dibanding responden dengan persepsi keseriusan rendah. Hasil penelitian ini sebagai gambaran bahwa bila seseorang menganggap serius suatu penyakit, maka orang tersebut akan berupaya mencegahnya, artinya gambaran hasil penelitian ini juga bisa berlaku pada bidang kesehatan ibu.

n) Persepsi tentang manfaat.

Persepsi tentang manfaat adalah keyakinan akan keuntungan yang berarti atau keyakinan seseorang akan keuntungan yang diperoleh apabila ia melakukan yang disarankan oleh petugas kesehatan. Apabila individu merasa dirinya rentan untuk penyakit-penyakit yang dianggap gawat (serius), ia akan melakukan suatu tindakan tertentu. Tindakan ini akan tergantung pada manfaat yang dirasakan. Penelitian oleh Fibriana (2013) menunjukkan bahwa wanita pekerja seks dengan pemahaman tentang manfaat VCT rendah memiliki rasio lebih besar untuk tidak melakukan VCT dibandingkan dengan wanita pekerja seks yang pemahamannya tinggi. Sebaliknya, wanita pekerja seks dengan pemahaman tentang manfaat VCT tinggi memiliki rasio lebih besar untuk melakukan VCT dibandingkan dengan wanita pekerja seks yang pemahamannya rendah. Demikian pula penelitian oleh Zhao, *et al.* (2012) di China yang menyatakan bahwa manfaat yang dirasakan menjadi penentu penggunaan kondom oleh wanita pekerja seks untuk mencegah tertularnya HIV. Demikian juga hasil penelitian Kasmaei *et al.* (2014), menunjukkan bahwa persepsi manfaat memiliki peran penting dalam memicu perilaku sehat. Sejalan dengan penelitian ini, hasil penelitian Kamran *et al.* (2016) menunjukkan bahwa responden dengan persepsi manfaat tinggi menunjukkan kepatuhan pada pengobatan yang lebih besar dibanding responden dengan persepsi manfaat rendah. Hasil penelitian ini sebagai gambaran bahwa bila seseorang merasa akan keuntungan yang diperoleh apabila ia melakukan yang disarankan oleh petugas kesehatan, maka orang tersebut akan berupaya melakukan tindakan yang disarankan oleh petugas kesehatan, artinya gambaran hasil penelitian ini juga bisa berlaku pada bidang kesehatan ibu.

o) Persepsi tentang hambatan

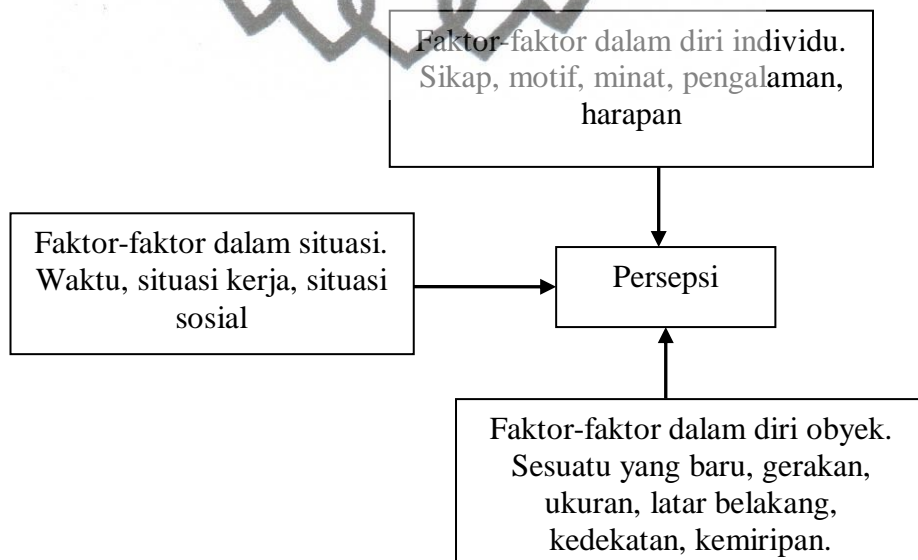
Persepsi tentang hambatan adalah keyakinan tentang halangan yaitu opini seseorang dari sisi ekonomi dan sisi psikologi yang memberikan kesan negatif terhadap hal yang akan dilakukan. Penelitian oleh Fibriana (2013) menunjukkan bahwa wanita pekerja seks dengan pemahaman tentang hambatan melakukan VCT tinggi memiliki rasio lebih besar untuk tidak melakukan VCT dibandingkan dengan wanita pekerja seks yang pemahamannya rendah. Sebaliknya, wanita pekerja seks dengan pemahaman tentang hambatan VCT rendah memiliki rasio lebih besar untuk melakukan VCT dibandingkan dengan wanita pekerja seks yang pemahamannya tinggi. Demikian pula penelitian oleh Zhao, *et al.* (2012) di Cina, menyatakan bahwa hambatan yang dirasakan menjadi penentu penggunaan kondom oleh wanita pekerja seks untuk mencegah tertularnya HIV. Hasil penelitian ini sebagai gambaran bahwa bila seseorang berkeyakinan tentang halangan atau kesan negatif dari kegiatan yang akan dilaksanakan, maka orang tersebut cenderung tidak akan melakukan tindakan, artinya gambaran hasil penelitian ini juga bisa berlaku pada bidang kesehatan ibu.

p) Persepsi tentang isyarat untuk bertindak

Untuk mendapatkan tingkat penerimaan yang benar tentang kerentanan, kegawatan dan keuntungan tindakan, maka diperlukan isyarat-isyarat yang berupa faktor-faktor eksternal. Faktor-faktor tersebut misalnya pesan-pesan pada media massa, nasihat atau anjuran kawan-kawan atau anggota keluarga. Penelitian oleh Fibriana (2013) menunjukkan bahwa wanita pekerja seks yang memiliki motivasi (isyarat melakukan tindakan) rendah memiliki rasio lebih besar untuk tidak melakukan VCT dibandingkan dengan wanita pekerja seks yang motivasinya tinggi. Sebaliknya wanita pekerja seks yang motivasinya tinggi memiliki rasio lebih besar untuk melakukan VCT dibandingkan dengan wanita pekerja seks yang motivasinya rendah. Hasil penelitian ini sebagai gambaran bahwa bila seseorang memiliki motivasi (isyarat melakukan tindakan) rendah, maka orang tersebut cenderung tidak akan melakukan tindakan, artinya gambaran hasil penelitian ini juga bisa berlaku pada bidang kesehatan ibu.

Menurut Walgito (2004); Mulyana (2010), persepsi adalah proses pengorganisasian, penginterpretasian terhadap rangsangan yang diterima oleh seseorang sehingga merupakan sesuatu yang mengandung arti dan merupakan aktivitas yang terpadu dalam diri seseorang. Mulyana (2010) juga merumuskan bahwa persepsi disebut inti komunikasi, karena jika persepsi kita tidak tepat, mustahil kita berkomunikasi dengan efektif. Seseorang akan memilih suatu pesan atau mengabaikannya tergantung dari persepsi masing-masing.

Menurut Sunaryo (2004), persepsi terjadi akibat adanya rangsangan dari luar individu maupun dari dalam individu, artinya yang menjadi objek adalah diri sendiri. Ketika seseorang melihat suatu obyek dan berusaha untuk menafsirkan apa yang ia lihat maka penafsiran tersebut sangat dipengaruhi oleh berbagai sifat dari orang tersebut. Ada beberapa faktor untuk membentuk dan kadang mengubah persepsi, faktor-faktor ini bisa terletak dalam diri pembentuk persepsi, dalam diri obyek khususnya pada konteks situasi tempat persepsi tersebut dibuat. Untuk memperjelas tentang faktor-faktor yang memengaruhi persepsi dapat dilihat pada Gambar 2.2:



Gambar 2.2: Faktor-faktor yang memengaruhi persepsi
Sumber: Robbins dan Judge (2008)

3. Teori Dasar (*Low Theory*)

a. Model Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan sebagai pendekatan terhadap perilaku kesehatan, maka kegiatannya tidak terlepas dari faktor-faktor yang memengaruhi perilaku tersebut. Berbagai teori perilaku kesehatan dapat diaplikasikan pada program promosi kesehatan, salah satunya untuk menganalisis berbagai faktor yang memengaruhi perilaku kesehatan. Maka dari itu analisis berbagai faktor yang memengaruhi kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan juga berlandaskan pada beberapa teori perilaku kesehatan..

Model perilaku kesehatan yang tertua, namun masih banyak digunakan untuk menjelaskan teori perilaku kesehatan yaitu *health belief model* (HBM) (Glanz *et al.* 2010). HBM atau model keyakinan kesehatan adalah model psikologis untuk menjelaskan dan memprediksi perilaku kesehatan, berfokus pada sikap dan keyakinan individu. HBM berhipotesis bahwa perilaku terutama tergantung pada dua variabel: (1) nilai yang ditempatkan oleh tujuan individu atau tujuan tertentu, dan (2) estimasi individu dari sejenisnya bahwa tindakan yang diberikan akan mencapai tujuan tertentu. Ketika variabel-variabel ini dikonseptualisasikan dalam konteks perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, hal yang sesuai adalah (1) keinginan untuk menghindari penyakit, dan (2) ia percaya bahwa tindakan kesehatan tertentu akan mencegah penyakit. Fokus HBM adalah persepsi seseorang dari ancaman masalah kesehatan dan penilaian perilaku yang direkomendasikan untuk pencegahan atau mengelola masalah kesehatan (Shumaker, 2009).

Teori PRECEDE-PROCEED oleh Green dan Kreuter (2005) menganalisis kebutuhan kesehatan masyarakat dengan cara menetapkan lima diagnosis berbeda, yaitu: diagnosis sosial, epidemiologi, perilaku/lingkungan, pendidikan/organisasi dan administrasi/kebijakan. Diagnosis pendidikan maupun perilaku menekankan pada hubungan antara perilaku dan lingkungan. Sesuai dengan perspektif perilaku teori ini memberikan penekanan pada tiga faktor utama, yaitu: (1) faktor predisposisi,

yaitu faktor-faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku pada diri seseorang atau masyarakat, adalah pengetahuan dan sikap seseorang atau masyarakat tersebut terhadap yang akan dilakukan, faktor predisposisi lain yang juga mempengaruhi perilaku di antaranya adalah karakteristik demografi, kepercayaan, tradisi, dan sistem nilai dimasyarakat setempat; (2) faktor pendorong, yaitu perilaku tersebut juga dilakukan oleh para tokoh masyarakat, peraturan, undang-undang, surat keputusan dari pejabat pemerintahan dan lain sebagainya, (3) faktor pendukung perilaku yaitu fasilitas, sarana, prasarana, keikutsertaan dalam pelatihan, supervisi, yang berkontribusi untuk mendukung terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat.

Theory of Planned Behavior (TPB) atau teori perilaku terencana menjelaskan bahwa dilakukan tidaknya perilaku dimotivasi oleh niat untuk berperilaku, yang dipengaruhi oleh tiga faktor yakni sikap berperilaku (*attitudes toward behavior*) dan norma subjektif (*subjective norm*) serta persepsi kendali perilaku (*perceived control behavior*). Sikap terhadap perilaku dan norma sosial menghasilkan niat. Niat berperilaku dipengaruhi oleh persepsi adanya ancaman suatu penyakit, disamping itu teori ini juga menggambarkan peranan tiga determinan penting perilaku yaitu informasi, motivasi dan ketrampilan (Azjen, 2005).

1) Pengertian model

Istilah model memiliki dua pengertian yang berbeda, yaitu: (1) Model dalam pengertian contoh atau teladan atau sesuatu yang perlu ditiru; (2) Model dalam pengertian bentuk, pola, rancangan atau sesuatu yang akan dibuat (Wirawan, 2012). Teori sistem mengartikan model sebagai tiruan dari kenyataan sebenarnya (Mubarak, 2011). McLeod (2014), model adalah abstraksi dari sistem sebenarnya, dalam gambaran yang lebih sederhana serta mempunyai tingkat prosentase yang bersifat menyeluruh atau abstraksi dari realitas dengan hanya memusatkan perhatian pada beberapa sifat dari kehidupan sebenarnya

Berdasarkan berbagai pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa model adalah perumpamaan atau metafora yang mendeskripsikan hubungan variabel-variabel yang kompleks dengan lebih sederhana agar lebih mudah dipahami dari

sesuatu yang mewakili sejumlah objek atau aktivitas keseluruhan (Sulaeman, 2012).

Berbagai model perilaku kesehatan yang dapat memengaruhi kesehatan serta memperbaiki intervensi pencegahan dan promosi kesehatan telah banyak dikembangkan. Akan tetapi, penerapan model dalam promosi kesehatan perlu mempertimbangkan berbagai faktor yang memengaruhi, di antaranya adalah faktor sosial, budaya, ekonomi dan politik. Penerapan model juga harus mempertimbangkan kondisi masyarakat dan lokasi model tersebut akan diterapkan (Mubarak, 2011).

2) Model perilaku kesehatan

Sebagai gambaran model promosi kesehatan, selanjutnya akan diuraikan tiga model yang sering diterapkan dalam promosi kesehatan.

a) *Health Belief Model* (Model Keyakinan Kesehatan)

Kirscht (1988) menyatakan bahwa *Health Belief Model* (HBM) atau model keyakinan kesehatan adalah model psikologis yang paling sering digunakan dalam penelitian perilaku kesehatan dan pemenuhannya. HBM adalah teori yang paling sering digunakan dalam pendidikan kesehatan, promosi kesehatan dan pencegahan penyakit (Jones & Bartlett Learning, 2010).

Seperti dijelaskan oleh Rosenstock (1974), HBM dikembangkan dalam upaya memahami kegagalan luas perilaku individu untuk menerima pencegahan penyakit atau tes skrining untuk deteksi dini penyakit tanpa gejala. Kemudian diterapkan pada respon pasien terhadap gejala, dan untuk memenuhi rejimen medis yang ditentukan. Teori HBM didasari oleh teori Kurt Lewin (1951), yaitu hubungan antara prinsip hidup sehat dengan perilaku sehat mengikuti terminologi konsep Lewin tentang kekuatan yang menyatakan bahwa perilaku dapat berubah lebih memiliki daya tarik atau kurang memiliki daya tarik. Perlu dicatat bahwa *Health Belief Model* berkembang dari penelitian terapan dalam permasalahan pendidikan kesehatan daripada di dalam batas-batas psikologi akademi. Model ini berhubungan dengan pencegahan ancaman kesehatan, hal tersebut nampak sudah jelas kebenarannya bahwa ancaman semacam itu

membangkitkan kecenderungan perilaku yang mencerminkan usaha-usaha untuk mengatasi situasi (Kirscht, 1988).

Lebih lanjut, pengikut *Health Belief Model* (Becker, Drachman, dan Kirscht, 1972; Cummings, Jette, Brock dan Haefner, 1979 sebagaimana dikutip dalam Kirscht, 1988) menambahkan elemen-elemen lain yang dikenal sebagai “*modifying factors*”. Ini termasuk antara lain karakteristik personal dan sosial seperti usia, jenis kelamin, budaya, dan pengetahuan, dan dianggap mengubah elemen-elemen kepercayaan. Meskipun kedudukan teoritis dari faktor-faktor yang berbeda-beda tersebut tidak jelas namun hal ini dianggap sebagai faktor-faktor eksogen. Perbedaan perilaku diantara kelompok (kelompok usia, tingkat status sosial ekonomi) kemungkinan mencerminkan tingkatan dan kombinasi kepercayaan yang merupakan jalan akhir (Kirscht, 1988).

Menurut Naidoo dan Wills (2000), *health belief model* mengidentifikasi empat keyakinan utama, yaitu:

- (1) Tingkat persepsi kerentanan (*perceived level of susceptibility*), kondisi yang dirasakan individu bahwa dia mudah diserang atau sangat berisiko (rentan) untuk terserang penyakit.
- (2) Persepsi keparahan (*perceived severity*), menurut dia seberapa serius konsekuensi secara fisik, emosional dan sosial, bila terjangkit penyakit, atau kondisi yang diyakini akan terjadi bila terjangkit penyakit.
- (3) Persepsi manfaat (*perceived benefit*), seberapa keuntungan atau efektifnya tindakan tersebut diyakini bisa mencegah terjangkit penyakit atau mengurangi kesakitan.
- (4) Persepsi hambatan (*perceived barriers*), secara fisik, psikologi, keuangan, hambatan lain yang akan dihadapinya.

HBM telah dimodifikasi dengan berbagai cara dari waktu ke waktu, tetapi model asli berisi empat variabel psikologis. Konsep kerentanan yang dirasakan adalah keyakinan individu dari kemungkinan mendapatkan kondisi rentan. Keparahannya yang dirasakan merupakan pendapat individu dari kondisi yang membahayakan dan gejala sisa. Satu pikiran tentang efektivitas tindakan yang direkomendasikan untuk benar-benar dapat menghindari atau mengurangi

kondisi keseriusan dengan manfaat yang dirasakannya. Hambatan yang dialami merupakan komponen negatif dari tindakan kesehatan tertentu. Selain itu, isyarat untuk bertindak berfungsi sebagai katalis untuk proses pengambilan keputusan (Bartholomew *et al.*, 2006).

Sejumlah anggapan menjadi dasar model kepercayaan kesehatan, yang sebagian adalah umum dari model-model jenis ini, sedangkan yang lain tidak biasa bagi pokok permasalahan tersebut. Rosenstock (1974) menyatakan bahwa suatu tanda diperlukan untuk memicu tindakan; faktor ini, yang menempatkan kepercayaan ke dalam posisi yang menonjol merupakan asumsi yang nampaknya merupakan karakteristik dari mode kognitif dari berbagai macam. Tujuan penyebab dianggap lari dari kepercayaan ke perilaku (tanpa mengecualikan kemungkinan yang sangat nyata dari tujuan yang lain). Oleh karena model ini berhubungan dengan pencegahan ancaman kesehatan, hal tersebut nampak sudah jelas kebenarannya bahwa ancaman semacam itu membangkitkan kecenderungan perilaku yang mencerminkan usaha-usaha untuk mengatasi situasi. Tak seorangpun berpendapat bahwa kepercayaan tersebut sesuai dengan realitas obyektif dan angan-angan dapat masuk ke dalam sistem (Kirscht, 1988).

HBM membahas kesiapan untuk bertindak dalam perilaku kesehatan berdasarkan beberapa keyakinan individu. Sementara, menurut Janz dan Becker (1984), model ini juga mencakup dua konstruksi lainnya yaitu isyarat untuk bertindak (*cues to action*) efikasi diri (*self-efficacy*). Isyarat untuk bertindak adalah peristiwa yang memacu individu untuk bertindak. Efikasi diri mengacu pada kepercayaan seseorang bahwa ia bisa berhasil melaksanakan tindakan yang direkomendasikan

Konstruksi HBM pada tahun 1988 direvisi oleh Rosenstock, Strecker, dan Becker. Adapun hasil revisi HBM adalah sebagai berikut:

(1) Latar belakang

Latar belakang meliputi: faktor sosio demografi, seperti pendidikan, umur, jenis kelamin, suku, etnis.

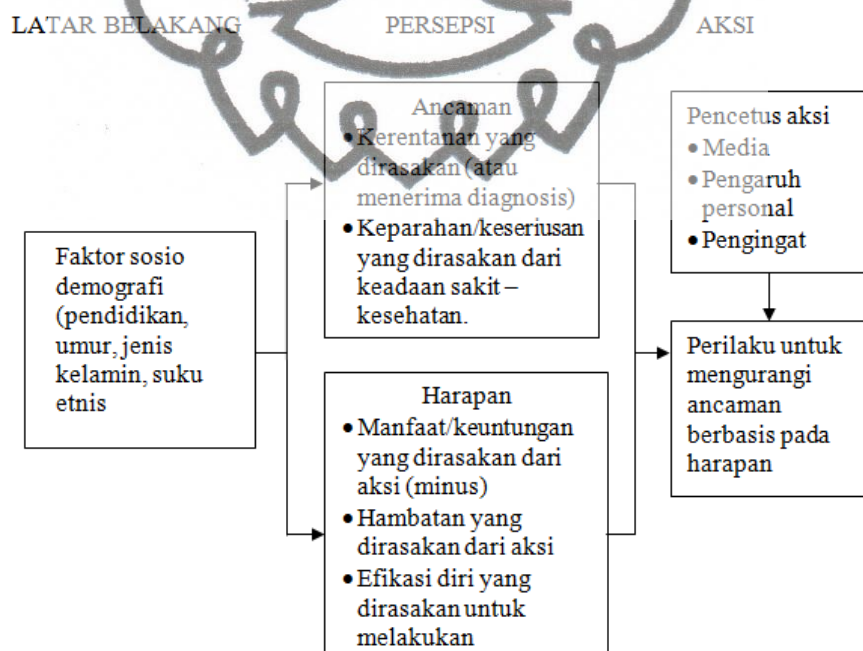
(2) Persepsi

Persepsi meliputi: (a) Ancaman (*threat*), yaitu kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*) atau menerima diagnosis, dan keparahan/keseriusan yang dirasakan (*perceived severity/seriousity*) dari keadaan sakit – kesehatan; (b) Harapan (*expectations*), meliputi: manfaat/keuntungan yang dirasakan dan aksi (*perceived benefits of action*), hambatan yang dirasakan dan aksi (*perceived barrier of action*), dan efikasi diri yang dirasakan untuk melakukan tindakan (*perceived self-efficacy to perform to action*).

(3) Aksi

Aksi meliputi: (a) Pencetus aksi (*cues to action*). Pencetus aksi meliputi: media, pengaruh personal, dan pengingat. (b) Perilaku untuk mengurangi ancaman berbasis pada harapan (*behavior to reduce threat based on expectations*).

Bagan teori *Health Belief Model* dapat dilihat pada Gambar 2.3:



Gambar 2.3. Kerangka konsep Health Belief Model

Sumber: Glanz K, Rimer B, Lewis F (2002).

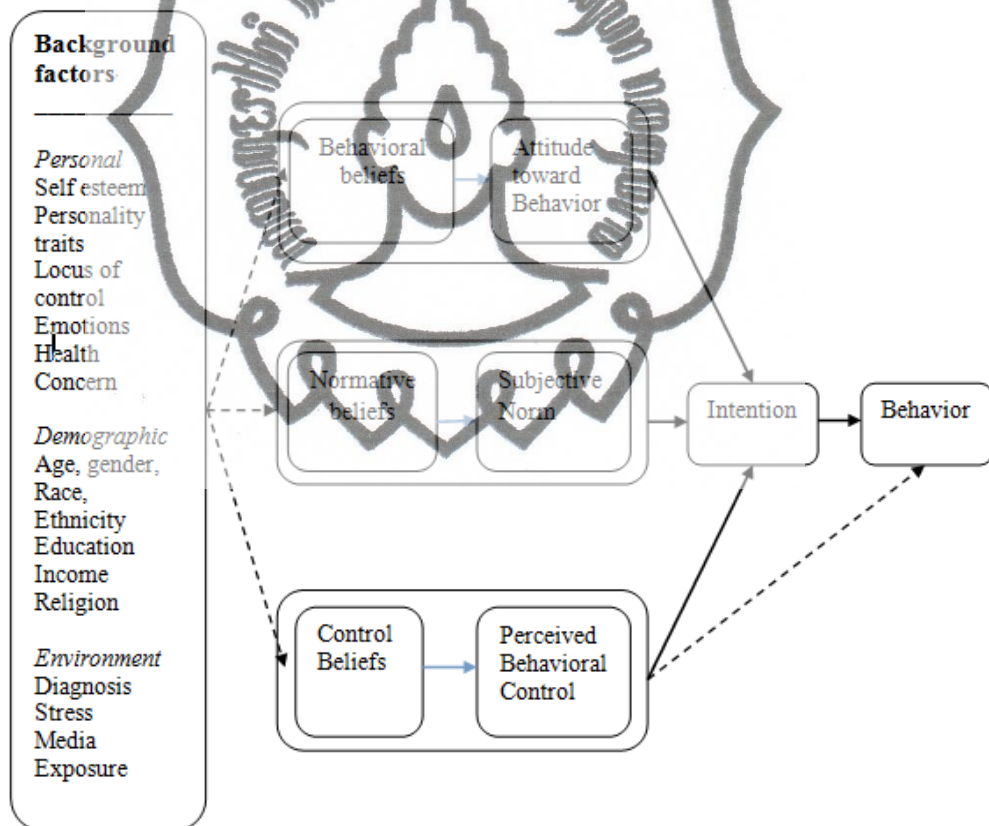
Health behavior and health education. San Francisco, CA Wiley & Sons

commit to user

b) *Theory of Planned Behavior* (Teori Perilaku Terencana)

Theory of Planned Behavior (TPB) merupakan pengembangan dari *Theory of Reasoned Action* (TRA). TRA merupakan teori yang menekankan perhatian kepada niat individu sebagai penentu utama untuk berperilaku tertentu. Niat seseorang terhadap perilaku dibentuk oleh dua faktor utama, yaitu sikap terhadap perilaku (*attitude toward the behavior*) dan norma sunyektif (*subjective norms*) (Ajzen, 2005), sedangkan dalam TPB ditambahkan satu faktor yang membentuk niat, yaitu persepsi kendali perilaku (*perceived behavioral control*) (Ajzen, 2005). Berikut adalah bagan *Theory of Planned Behavior*.

Bagan *Theory Of Planned Behavior* (TPB) dapat dilihat pada Gambar 2.4:



Gambar 2.4 *Theory of Planned Behavior*

Sumber: Ajzen (2005)

Berdasarkan bagan *Theory of Planned Behavior* (TPB) di atas dapat dinyatakan bahwa perilaku yang dimunculkan oleh individu muncul karena adanya niat untuk berperilaku. Determinan niat berperilaku secara umum merefleksikan tiga aspek, yaitu: individu secara alamiah, pengaruh sosial, dan

perlakuan terhadap isu pengendalian. Sikap terhadap perilaku adalah penilaian individu terhadap objek sikap mencakup sikap positif atau negatif dari suatu perilaku. Norma subjektif adalah persepsi individu tentang tekanan sosial di sekitarnya untuk menampilkan atau tidak menampilkan suatu perilaku. Sedangkan persepsi pengendalian perilaku merupakan tingkat keyakinan seseorang tentang kesempatan atau kekuatan yang dimilikinya untuk mewujudkan suatu perilaku. Setelah melalui tiga tahapan tersebut, selanjutnya seseorang berada pada tahap *intention*, dan selanjutnya memasuki tahap paling akhir, yaitu *behavior*. Tahap *intention* merupakan tahap dimana seseorang memiliki maksud atau niat untuk berperilaku, sedangkan *behavior* adalah tahap seseorang berperilaku.

Menurut Azjen (2005), ketiga determinan niat berperilaku masing-masing dibentuk oleh dua komponen, yaitu:

- (1) Sikap (*attitude*) terhadap perilaku dibentuk oleh:
 - (a) Keyakinan perilaku (*behavioral belief*), yaitu keyakinan individu tentang berapa besar kemungkinan perilaku akan membawa suatu akibat atau dampak jika perilaku tersebut dilakukan..
 - (b) Evaluasi konsekuensi (*evaluation of the consequence/outcomes evaluation*), yaitu evaluasi seseorang terhadap konsekuensi dari keyakinan perilaku.
- (2) *Subjective Norm* (norma subjektif) dibentuk oleh:
 - (a) Keyakinan normatif (*normative belief*), yaitu keyakinan terhadap orang lain (referensi) bahwa mereka berpikir subjek seharusnya melakukan (atau tidak melakukan) suatu perilaku tertentu.
 - (b) Motivasi mematuhi (*motivation to comply*), yaitu motivasi yang sejalan dengan keyakinan normatif.
- (1) Persepsi pengendalian perilaku (*perceived behavioral control*) dibentuk oleh:
 - (a) Keyakinan pengendalian (*control belief*), yaitu kemungkinan bahwa beberapa faktor menunjang suatu perilaku.

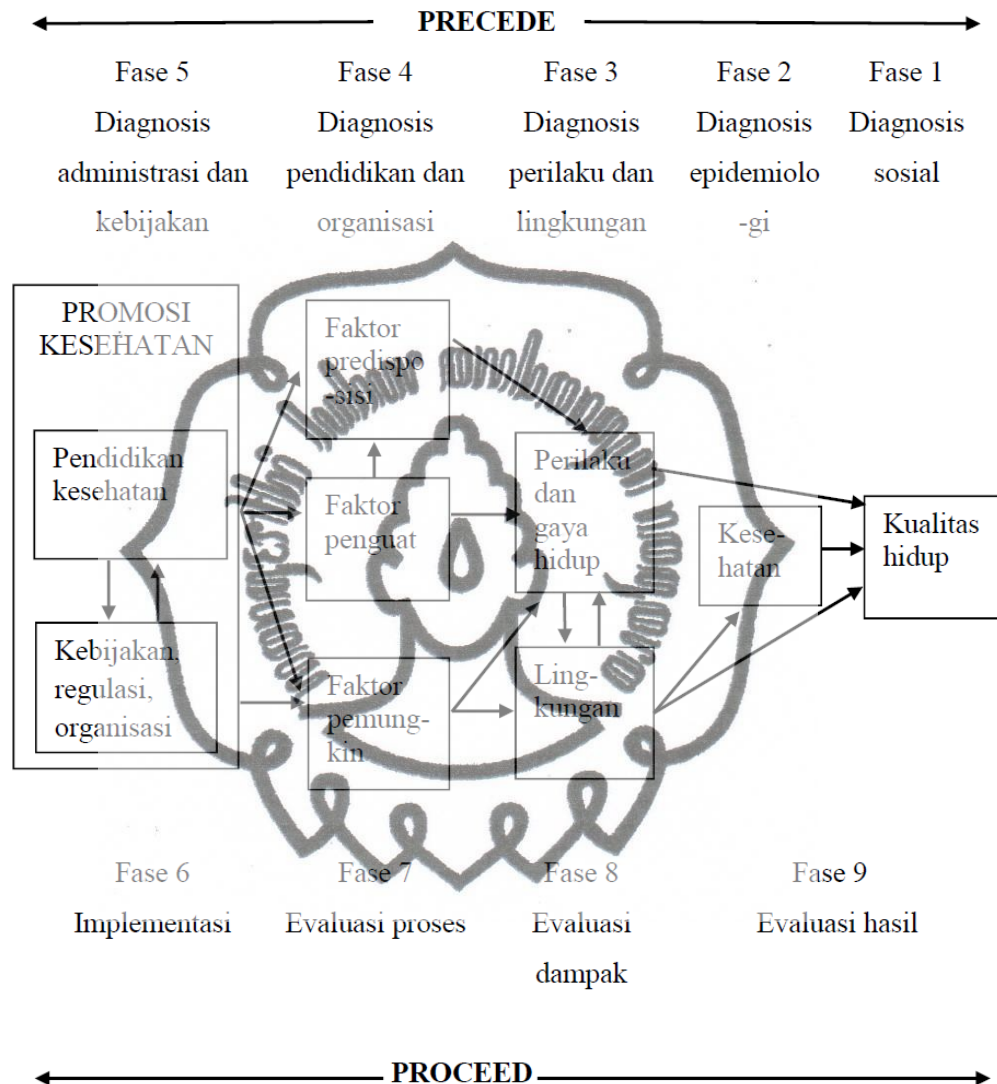
- (b) Kekuatan faktor pengendalian (*power of control factor*), yaitu kekuatan subjek yang berhubungan dengan faktor-faktor yang mendukung perilaku tersebut.

c) PRECEDE – PROCEED MODEL

PRECEDE-PROCEED Model yang dikembangkan oleh Lawrence W. Green pada tahun 1974, merupakan salah satu model perencanaan program kesehatan. Model ini dapat dipergunakan untuk membantu perencana program kesehatan, pembuat kebijakan, dan mengevaluasi program kesehatan, untuk menganalisis situasi dan merancang program kesehatan dengan efektif. PRECEDE singkatan dari *Predisposing, Reinforcing, Enabling, Constructs in, Educational/ecological, Diagnosis, Evaluation*. PRECEDE merupakan bagian dari diagnosis model perencanaan kesehatan yang memberikan struktur untuk membuat perencanaan program kesehatan masyarakat yang terarah dan terfokus. PRECEDE memberikan serial langkah yang menolong perencana untuk mengenal masalah mulai dari kebutuhan pendidikan sampai pengembangan program untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Pada tahun 1991 Green menyempurnakan kerangka tersebut menjadi PRECEDE-PROCEED. PROCEED singkatan dari *Policy, Regulatory, Organizational, Constructs in, Educational, Enviromental, Development* (Notoatmodjo, 2010).

PRECEDE memperhitungkan berbagai faktor yang memengaruhi status kesehatan dan membantu perencana untuk memfokuskan diri pada faktor-faktor tersebut sebagai target intervensi. PRECEDE juga mencetuskan tujuan dan kriteria khusus untuk evaluasi. PROCEED menambahkan langkah untuk mengembangkan kebijakan dan mengawali proses implementasi dan evaluasi. PRECEDE-PROCEED selalu dilakukan secara bersama-sama dalam proses perencanaan, implementasi dan evaluasi. Identifikasi prioritas dan pengaturan tujuan pada fase *PRECEDE* memberikan objek dan kriteria untuk kebijakan, implementasi dan evaluasi pada fase PROCEED (Green dan Kreuter, 2005).

Adapun bagan PRECEDE-PROCEED Model dapat dilihat pada Gambar 2.5:



Gambar 2.5. PRECEDE-PROCEED Model
Sumber: Green dan Kreuter (2005)

Gambar 2.5 di atas menunjukkan bahwa PRECEDE merupakan fase 1-5 yang berfokus pada perencanaan program, dan PROCEED merupakan fase 6-9 yang berfokus pada implementasi dan evaluasi.

Fase 1: Diagnosis sosial

Identifikasi dan analisis masalah sosial atau ekonomi atau aspirasi populasi target atau sistem klien merupakan langkah pertama dalam perencanaan promosi kesehatan. Kesehatan bukanlah nilai paling akhir kecuali bila hal tersebut

berkaitan dengan manfaat sosial, kualitas hidup, atau inti suatu organisasi. Kesehatan mengambil peranan penting bagi orang yang harus mendukung program dan orang yang diharapkan berpartisipasi dalam program itu ketika hubungan antara sasaran kesehatan dan sasaran sosial yang lebih luas dan lebih memaksa dapat terlihat jelas.

Tujuan diagnosis sosial menurut Green dan Kreuter (2005) dapat diringkas sebagai berikut:

- (1) Melibatkan sistem komunitas atau klien sebagai partner aktif dalam proses diagnosis sosial,
- (2) Menetapkan minat subjektif dengan kualitas hidup atau kondisi hidup populasi target,
- (3) Memeriksa dan mengklarifikasi perhatian ini dengan analisa indikator dan data yang ada dari koran, sensus, laporan, dan survei khusus yang dilakukan oleh radio, tivi, dan lembaga layanan sosial,
- (4) Mendokumentasikan status dari komunitas target dalam hubungannya dengan perhatian utama bila ada komponen dan penyebab kesehatan,
- (5) Memperjelas alasan bagi pemilihan prioritas masalah,
- (6) Mempergunakan dokumentasi dan alasan untuk membenarkan belanja kesehatan dan sumber daya lain pada masalah atau tujuan sosial terpilih,
- (7) Menggunakan dokumentasi dan alasan sebagai dasar untuk mengevaluasi program.

Fase 2: Diagnosis epidemiologi

Fase ini menyoroti hubungan antara masalah kesehatan dan masalah sosial dan metode dengan masalah kesehatan diukur dan dibuat prioritas dan penilaian faktor penentu dalam kesehatan.

Masalah kesehatan harus dijelaskan secara detil dengan menggunakan data dari sumber lokal, regional, maupun nasional yang ditafsirkan terhadap latar belakang dari pengetahuan epidemiologi terkini. Perhatian khusus harus diberikan untuk mengidentifikasi data yang ada mengenai individu yang terkena dampak (usia, jenis kelamin, ras, tempat tinggal), cara mempengaruhinya (kematian, kecacatan, tanda, gejala) dan jalan untuk memperbaikinya (dampak

imunisasi). Informasi ini membantu menetapkan prioritas program bagi perubahan masalah kesehatan yang penting.

Program prioritas masalah kesehatan dinyatakan sebagai sasaran dengan cara menentukan *who will benefit how much of what outcome by when*. Diagnosis epidemiologi yang mendalam merupakan dasar bagi fase berikut dalam kerangka PRECEDE: identifikasi komponen perilaku (Green dan Kreuter, 2005).

Fase 3: Diagnosis perilaku dan lingkungan PRECEDE model, diperoleh tiga dasar perencanaan program:

- (1) Langkah pertama perencanaan promosi kesehatan haruslah merupakan penilaian kualitas hidup atau tujuan sosial dan kebutuhan populasi target atau sistem klien
- (2) Penilaian epidemiologi yang didasarkan atas penilaian kualitas hidup atau diagnosis sosial dapat mengidentifikasi masalah kesehatan khusus dan faktor risiko yang menghalangi atau berkompromi dengan kualitas hidup
- (3) Tujuan program harus didasarkan atas temuan-temuan penilaian kualitas hidup dan penilaian epidemiologi

Berdasarkan atas fondasi ini, langkah berikut dalam PROCEED adalah menunjukkan bagaimana mengidentifikasi target perilaku dan lingkungan yang bermanfaat bagi intervensi. Karena setiap perilaku yang terpilih menghasilkan diagnosis pendidikan dan setiap faktor lingkungan menghasilkan diagnosis organisasi, perencana haruslah tepat dalam memilih masalah (Green dan Kreuter, 2005).

Fase 4: Diagnosis pendidikan dan organisasi

Fase ini dalam PRECEDE disebut demikian karena diidentifikasi faktor-faktor dimana pendidikan kesehatan dan organisasi komunitas dapat memberikan pengaruh yang langsung dan segera, dan juga pengaruh tidak langsung pada perilaku dan lingkungan. Tiga faktor yang teridentifikasi adalah faktor predisposisi, faktor penguat, dan faktor pemungkin. Faktor predisposisi terdiri dari pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai, dan persepsi masyarakat yang memudahkan atau menghambat perubahan motivasi. Faktor pemungkin antara

lain keterampilan, sumber daya, atau hambatan yang dapat membantu atau menghalangi perubahan perilaku yang diinginkan dan juga perubahan lingkungan. Faktor penguat, penghargaan yang diterima, dan umpan balik yang diterima dari orang lain masing-masing berperan pada perilaku kesehatan dan organisasi.

Setelah faktor-faktor teridentifikasi, disarankan cara menilai arti pentingnya secara relatif dan perubahannya. Penggunaan dua kriteria ini memungkinkan untuk membuat peringkat berbagai penyebab perilaku kesehatan dalam rangka prioritas, dan kemudian mengembangkan tujuan pembelajaran dan tujuan organisasi yang terkait sehingga program promosi kesehatan dapat berfokus pada tempat seseorang akan bekerja yang terbaik dalam memfasilitasi pengembangan atau perubahan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan. Formulasi tujuan pembelajaran dilakukan melalui tahapan awal, yaitu mengidentifikasi faktor predisposisi meliputi: keterampilan; pengembangan sasaran organisasi dan sumber daya, kemudian menyusul identifikasi faktor penguat dan pemungkin (Green dan Kreuter, 2005).

Fase 5: Diagnosis administrasi dan kebijakan

PRECEDE menjamin bahwa suatu program akan sesuai dengan kebutuhan dan keadaan seseorang dan lingkungannya. PROCEED menjamin bahwa program itu akan ada, dapat diakses, dapat diterima, dan akuntabel. Hanya program yang sesuai yang layak untuk diimplementasikan, bahkan program yang paling sesuaipun tidak akan dapat dicapai oleh orang yang membutuhkannya jika program tersebut tidak tersedia, tidak dapat diakses, atau tidak dapat diterima. PROCEED menilai sumber daya yang dibutuhkan untuk menjamin ketersediaan program tersebut, perubahan organisasi yang dibutuhkan untuk menjamin aksesibilitas, dan perubahan politik dan peraturan yang dibutuhkan untuk menjamin akseptabilitas. Pada akhirnya, evaluasi menjamin bahwa program tersebut akuntabel bagi pembuat kebijakan, pengurus, pengguna atau klien, dan pemangku kepentingan lain yang perlu mengetahui bahwa program itu memenuhi standar akseptabilitas (Green dan Kreuter, 2005).

commit to user

Fase 6: Implementasi

Implementasi PRECEDE – PROCEED dalam komunitas, fase ini menekankan pentingnya isu tentang partisipasi masyarakat. Partisipasi ini ditunjukkan dengan perbedaan antara intervensi dalam komunitas dan intervensi komunitas. Beberapa pedoman ditawarkan untuk mengikutsertakan realitas politik masyarakat. Beberapa konsep praktis yang membantu para praktisi dalam pembentukan koalisi yang disarankan adalah gagasan untuk pada awalnya bekerja dengan koalisi. Gagasan tentang berbagai strategi bagi intervensi komunitas diuji terlebih dahulu melalui studi kasus intervensi masyarakat pedesaan dan kemudian dengan mempertimbangkan teknik perencanaan intervensi praktis. Media massa dan pemasaran sosial dianggap sebagai sesuatu yang strategis dalam promosi kesehatan berbasis komunitas dan memberikan contoh-contoh dan saran bagi penerapannya (Green dan Kreuter, 2005).

Fase 7: Evaluasi proses

Evaluasi digunakan untuk mengevaluasi proses dimana program ini dilaksanakan. Fase ini membicarakan konsep dan pendekatan pada evaluasi yang memiliki kegunaan khusus bagi praktisi promosi kesehatan. Evaluasi program menetapkan “perbandingan objek yang menarik melawan standar akseptabilitas.” Kasus ini dibuat sedemikian rupa sehingga komitmen profesional terhadap akuntabilitas paling baik diberikan oleh seorang praktisi yang meneliti yang mengadakan pendekatan pada perencanaan dan implementasi masing-masing program promosi kesehatan sebagai suatu eksperimen. PRECEDE – PROCEED Model menghasilkan suatu rangkaian hipotesis mengenai dugaan hubungan antara intervensi dan hasil. Evaluasi memberikan “alat uji” dari hipotesis tersebut.

Ketiadaan desain evaluasi terencana yang memfasilitasi kumpulan dan analisis informasi yang valid, proses dan pengaruh dari suatu program nampaknya tak terdeteksi. Jika secara kebetulan terdeteksi proses dan pengaruh tersebut cenderung dibesar-besarkan atau dkecilkan. Deskripsi tentang contoh-contoh proses, dampak, dan tingkat hasil evaluasi disampaikan dengan penekanan pada aplikasi praktis bagi praktisi di bidang ini. Beberapa desain

evaluasi dijelaskan dengan langkah-langkah sederhana dengan contoh-contoh yang disampaikan dalam catatan rujukan untuk setiap disain. Proses PRECEDE – PROCEED dengan hasil evaluasi, praktisi, manager program, dan pembuat kebijakan siap untuk membuat pendekatan populasi berikutnya atau masalah kesehatan dengan pengertian yang lebih baik mengenai kebutuhan promosi kesehatan dan cara yang efektif (Green dan Kreuter, 2005).

Fase 8: Evaluasi dampak

Menilai efektivitas program dalam hal tujuan menengah dan perubahan faktor predisposisi, pemungkin, dan faktor penguat.

Fase 9: Evaluasi hasil

Menilai perubahan dalam keseluruhan tujuan dan perubahan status kesehatan serta manfaat sosial atau mutu hidup. Diperlukan waktu yang sangat lama, dan mungkin bertahun-tahun untuk dapat melihat hasil yang diinginkan yaitu perubahan aktual dan terwujudnya kualitas hidup.

B. Kerangka Berpikir

Kerangka berpikir merupakan model konseptual tentang bagaimana teori berhubungan dengan berbagai faktor yang telah diidentifikasi sebagai masalah yang penting. Dengan demikian, kerangka berpikir merupakan sintesa tentang hubungan antar variabel yang disusun dari berbagai teori yang telah dideskripsikan. Berlandaskan dari berbagai teori yang telah diuraikan tersebut, langkah lebih lanjut adalah dilakukan analisis secara kritis dan sistematis, agar memperoleh hasil sintesa tentang hubungan antar variabel yang diteliti. Sintesis tentang hubungan variabel tersebut, selanjutnya digunakan untuk merumuskan hipotesis (Sugiyono, 2012).

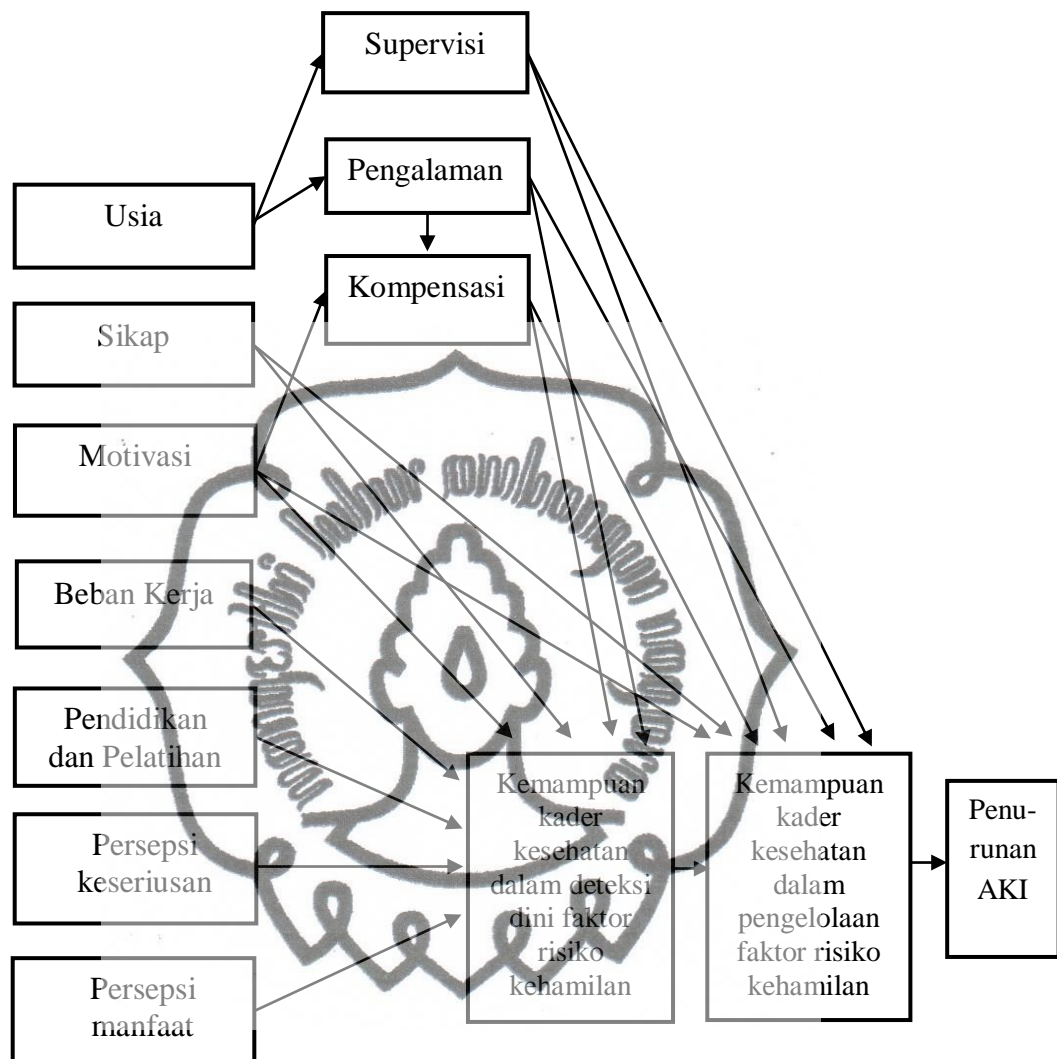
Kerangka berpikir dalam penelitian ini mengacu pada teori *Health Belief Model* dan *Theory of Planned Behavior* (TPB) serta PRECEDE-PROCEED Model). *Health Belief Model* untuk menjelaskan hal yang memotivasi individu melakukan aktivitas yang bertujuan untuk mencegah dan menghindari penyakit, dalam penelitian ini adalah melakukan deteksi dini dan mengelola faktor risiko kehamilan. *Theory of Planned Behavior* (TPB) bertujuan untuk menentukan

faktor-faktor yang berkaitan dengan perilaku kesehatan yang menekankan pada niat berperilaku secara umum dengan merefleksikan tiga aspek yaitu individu secara alamiah, pengaruh sosial, dan perlakuan terhadap isu pengendalian. Sementara PRECEDE-PROCEED model digunakan untuk perencanaan, implementasi dan evaluasi dari program promosi kesehatan, dalam penelitian ini setelah menganalisis kebutuhan kesehatan masyarakat kemudian menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku kesehatan yang menekankan pada *predisposing factor*, *enabling factor* dan *reinforcing factor*.

Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan, dalam hal ini upaya deteksi dini dan menaggulangi faktor risiko kehamilan harus dilaksanakan sesuai dengan strategi promosi kesehatan meliputi pemberdayaan, bina suasana, advokasi dan kemitraan. Sesuai dengan visi promosi kesehatan yakni: meningkatkan kesadaran, kemampuan hidup sehat bagi setiap individu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi – tingginya, sebagai investasi sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi, maka misi promosi kesehatan secara umum mengacu pada misi promosi kesehatan menurut *Ottawa Charter* (1986) meliputi 3 hal yaitu: (1) advokasi (*advocating*), (2) memampukan (*enabling*), (3) mediasi (*medlating*).

Berdasarkan pengertian pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan dalam kegiatan promosi kesehatan pada ibu hamil, maka kerangka berpikir ini menggambarkan model promosi kesehatan ibu hamil melalui pemberdayaan kader kesehatan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan. Kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan berhubungan dengan usia, sikap, pengalaman, motivasi, kompensasi, beban kerja, pendidikan dan pelatihan, supervisi, persepsi tentang keseriusan terkait dengan faktor risiko kehamilan, untung rugi (manfaat) terkait dengan upaya pengelolaan faktor risiko kehamilan.

Untuk memperjelas hubungan antar variabel dapat dilihat pada Gambar 2.6 di halaman selanjutnya.



Gambar 2.6: Kerangka berpikir penelitian model pemberdayaan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan

C. Hipotesis

1. Faktor-faktor yang memengaruhi kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan :
 - a. Terdapat pengaruh sikap terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan.
 - b. Terdapat pengaruh pengalaman terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan.

- c. Terdapat pengaruh motivasi terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan.
- d. Terdapat pengaruh kompensasi terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan.
- e. Terdapat pengaruh beban kerja terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan.
- f. Terdapat pengaruh pendidikan dan pelatihan terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan.
- g. Terdapat pengaruh supervisi terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan.
- h. Terdapat pengaruh persepsi keseriusan terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan.
- i. Terdapat pengaruh persepsi manfaat terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan.
- j. Terdapat pengaruh tidak langsung usia terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan melalui pengalaman
- k. Terdapat pengaruh tidak langsung usia terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan melalui supervisi
- l. Terdapat pengaruh tidak langsung motivasi terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan melalui kompensasi
- m. Terdapat pengaruh tidak langsung pengalaman terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan melalui kompensasi
- 2. Faktor-faktor yang memengaruhi kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan:
 - a. Terdapat pengaruh sikap terhadap kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan.
 - b. Terdapat pengaruh pengalaman terhadap kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan.
 - c. Terdapat pengaruh motivasi terhadap kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan.

- d. Terdapat pengaruh kompensasi terhadap kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan.
- e. Terdapat pengaruh supervisi terhadap kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan
- f. Terdapat pengaruh tidak langsung usia terhadap kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan melalui pengalaman
- g. Terdapat pengaruh tindak usia terhadap kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan melalui supervisi
- h. Terdapat pengaruh tidak langsung motivasi terhadap kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan melalui kompensasi
- i. Terdapat pengaruh tidak langsung pengalaman terhadap kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan melalui kompensasi

